

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 90.

DE

L'HÉMATOMÉTRIE LATÉRALE SIMPLE

SANS HÉMATOSALPINX NI HÉMATOCOLPOS

DANS LES CAS DE BIFIDITÉ UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juin 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MOIROUD

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

PROSECTEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Né le 12 septembre 1886, à Riez (Basses-Alpes)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

1913

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

DE
L'HÉMATOMÉTRIE LATÉRALE SIMPLE
SANS HÉMATOSALPINX NI HÉMATOCOLPOS
DANS LES CAS DE BIFIDITÉ UTÉRINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 90.

DE

L'HÉMATOMÉTRIE LATÉRALE SIMPLE

SANS HÉMATOSALPINX NI HÉMATOCOLPOS

DANS LES CAS DE BIFIDITÉ UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juin 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MOIROUD

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE
PROSECTEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Né le 12 septembre 1886, à Riez (Basses-Alpes)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAN..
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLESMAUD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch....
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Aug. POLLOSSON, Président; M. FABRE, Assesseur;
MM. VILLARD et LAROYENNE Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR E. MOIROUD

A MA MÈRE

Hommage d'amour filial.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

*A mon premier Maître dans les Hôpitaux
et à l'Ecole de Médecine de Marseille :*

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON IMBERT

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Marseille :

MONSIEUR LE DOCTEUR MELCHIOR ROBERT

(EXTERNAT 1909)

MONSIEUR LE DOCTEUR CASSOUTE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉPET

Médecin des Hôpitaux

(INTERNAT 1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUGE

Chirurgien des Hôpitaux

(INTERNAT 1911)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ODDO

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUÉRIN-VALMALE

(INTERNAT 1912)

A mes Maîtres à l'Ecole de Médecine :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUSIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERT

Chirurgien des Hôpitaux

A mon père, qui fut mon premier maître et m'initia de bonne heure à la vie du médecin, j'apporte ici le témoignage de ma bien vive affection : je suis fier d'avoir comme exemple sa grande probité médicale.

A l'École de médecine et dans les hôpitaux de Marseille, mes maîtres me témoignèrent toujours le plus grand intérêt. Je les en remercie et me souviendrai de ce qu'ils firent pour moi : être reconnaissant, c'est ne pas oublier.

Auprès de mes camarades d'internat, j'ai goûté les charmes d'une grande amitié ; ensemble, nous avons vécu des heures de travail et des heures de gaieté, ensemble nous avons appris à aimer la médecine. J'emporterai de ces années heureuses, trop rapidement écoulées, le plus fidèle souvenir.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

Anévrysme poplité bilatéral, *Marseille médical*, 15 mars 1911, p. 191.

Occlusion intestinale mécanique précoce au cours d'un abcès appendiculaire (en collaboration avec le Dr Payan), *Gazette des Hôpitaux*, 21 décembre 1911.

Les hématuries de la grossesse (en collaboration avec le Dr Dor), *Province médicale*, 30 mars 1912.

Guérison d'un noma de la vulve par l'enfumage iodé, *Marseille médical*, 15 mars 1912.

De l'emploi de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des ulcérations vénériennes, *Marseille médical*, 1^{er} mai 1912.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu : perforation de l'intestin, de la vessie, plaie de la prostate, *Marseille médical*, 15 mai 1912.

Les tumeurs du mésentère, *Gaz. des Hôpitaux*, nos du 31 août et du 7 septembre 1912.

Hernie diaphragmatique embryonnaire.

A propos d'un cas de coexistence d'un vrai et d'un faux diverticule de Moeckel (en collaboration avec le Dr Corsy), *Marseille médical*, 1^{er} avril 1913.

Volumineux kyste du parovaire à type rétropéritonéal (en collaboration avec M. le professeur Guérin), *Marseille médical*, 15 avril 1913.

Tumeur à structure utérine éliminée spontanément par une plaie de laparotomie (en collaboration avec M. le professeur L. Imbert).

Plaie du cœur (en collaboration avec M. le Dr Juge), communication à la Société de Chirurgie de Marseille, 13 avril 1913.

LES UTÉRUS DOUBLES : ANATOMIE DÉVELOPPEMENT

Nous ne pouvons entrer ici dans de longs détails sur cette question qui a été mise au point dans deux remarquables mémoires : celui d'Ombredanne et Martin 1903, celui de Piquand en 1910, parus tous deux dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. Nous rappellerons cependant les divers types que présente cette malformation.

L'utérus et le vagin se forment aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller, comprise dans le cordon génital. Ces canaux, d'abord séparés, se soudent, puis la cloison résultant de leur adossement disparaît de telle sorte, qu'il ne reste plus qu'un seul canal qui devient le vagin et le corps de l'utérus. L'utérus et le vagin sont donc primitivement doubles et ne deviennent simples qu'après résorption de la cloison qui sépare les canaux de Müller ; si par suite d'une anomalie ces derniers ne se réunissent pas, ou si leurs parois accolées ne se résorbent pas, l'utérus et le vagin restent doubles.

« Nous tenons à remercier au début de ce travail M. le Professeur GUÉRIN-VALMALE qui a bien voulu nous aider de ses conseils, et M. le Docteur P.-E. GOULLIQUOUD qui a mis aimablement à notre disposition la plupart des clichés qui y sont reproduits. »

Cette malformation pourra présenter plusieurs degrés :

1° Les canaux de Müller restent séparés dans toute leur étendue jusqu'au niveau de leur insertion sur le cloaque uro-génital ; il y a deux utérus et deux vagins complètement distincts. Cette anomalie connue sous le nom d'*utérus didelphe* remonte au premier mois de la vie embryonnaire, alors que les canaux de Müller déjà formés ne sont pas encore juxtaposés. Dans l'espèce humaine cette duplicité totale de l'utérus et du vagin est extrêmement rare ; à l'heure actuelle, dit Picquand, nous connaissons 19 ou 20 observations d'utérus didelphes vrais.

Dans ces cas, la disposition est presque toujours la même : on trouve de chaque côté du bassin deux utérus unicornes pourvus chacun d'une trompe ; non seulement ils ne présentent aucune connexion, mais encore sont fortement écartés l'un de l'autre et séparés soit par des anses intestinales, soit par la partie inférieure du rectum qui, situé beaucoup plus en avant que normalement et adhérant à la face postérieure de la vessie, s'oppose à toute réunion des conduits génitaux, soit par la vessie, soit enfin par une lame péritonéale plus ou moins développée, tractus vésico-rectal, qui divise le bassin en deux loges, l'une répondant à l'utérus droit, et l'autre à l'utérus gauche.

Enfin, les cas d'utérus didelphes vrais se compliquent presque toujours d'autres lésions congénitales : l'exstrophie de la vessie, la communication du vagin, soit avec le rectum, soit avec l'urètre, soit même avec ces deux organes.

2° Les canaux de Müller s'adossent au niveau de leur partie inférieure, destinée à former le col utérin, mais restent complètement unis dans la portion destinée à former le corps. On a alors deux utérus à corps séparés, à cols accolés : ce sont les *utérus pseudo-didelphes*, *uterus bicornis bicollis* de Halban.

Cette anomalie est due à un arrêt de développement se produisant alors que les canaux de Müller ont commencé à s'unir (5^e à 8^e semaine de la vie embryonnaire).

- Cette anomalie est fréquente : Piquand a pu en relever près de 250 cas.

L'état du vagin et de la vulve est intéressant à connaître, il présente des dispositions différentes. Parfois le vagin est absolument normal, n'ayant aucune trace de cloisonnement ; d'autres fois il est encore unique, mais avec une ébauche de cloisonnement sous forme de raphés saillants, l'un antérieur, l'autre postérieur ; assez souvent il est divisé par une lame placée de champ, en deux canaux accolés comme les deux canons d'un fusil ; d'ordinaire cette cloison s'étend sur toute la hauteur du vagin, mais elle peut rester incomplète et c'est alors presque toujours sa partie inférieure qui manque ; la vulve revêt ainsi à première vue un aspect normal, et c'est seulement en écartant à droite et à gauche les petites lèvres et les bouts de l'hymen que l'on aperçoit le bord inférieur de la cloison.

Les cols utérins présentent une disposition assez variable, qui permet de distinguer deux variétés d'utérus pseudo-didelphes : dans la première, les deux cols sont presque complètement indépendants, reliés seulement



1^{er} type
Utérus didelphe.



4^e type
Utérus biloculaire.



2^e type
Utérus pseudo-didelphe.



5^e type
Utérus subseptus unicollis.



3^e type
Utérus bicorne.



6^e type
Utérus subseptus bicollis.



7^e type
Utérus normal.

FIG. 1. — Schémas. — Utérus doubles (Ombredanne).

au niveau de leur partie inférieure par une sorte de pont ou de ligament ; ce ligament intercervical peut d'ailleurs présenter toutes les variétés, depuis un simple tractus fibro-graisseux à peine marqué jusqu'à un véritable ligament mesurant plusieurs centimètres de hauteur et unissant solidement les deux cols. Cette variété d'utérus pseudo-didelphe s'accompagne toujours de cloisonnement du vagin.

Dans la deuxième forme, l'union des deux cols est beaucoup plus intime ; ceux-ci sont fusionnés sur toute l'étendue de leur face interne ; extérieurement on ne trouve aucune trace de séparations, ni en avant, ni en arrière, et on peut croire à un col unique, c'est seulement en dedans qu'on trouve une sorte de cloison plus ou moins épaisse, qui sépare le canal cervical en deux cavités distinctes. Cette cloison est formée presque exclusivement de tissu conjonctif renfermant de nombreuses fibres musculaires, à direction longitudinale ; dans la partie superficielle, on trouve presque toujours en avant et en arrière quelques fibres à direction transversale qui vont d'un col à l'autre.

Les dimensions et les formes des deux cols sont extrêmement variables : parfois ils sont bien développés, beaucoup plus souvent ils sont petits, inégalement développés, l'un d'entre eux, étant atrophié et traversé par un canal cervical à peine perméable.

De même, il existe une différence entre les corps utérins ; presque toujours, ils présentent une direction très oblique en haut et en dehors, de sorte que contigus inférieurement ils sont séparés à leur partie supérieure par une distance qui peut atteindre 8 à 15 centimètres. En

haut, chacun d'eux se termine en donnant insertion à la trompe, qui continue presque toujours sa direction ; au-dessous et en avant, on trouve un ligament rond, souvent très développé. Lorsqu'ils sont bien développés, chacune de leur cavité mesure à peu près la même hauteur et environ la moitié de la largeur d'une cavité normale ; mais souvent une des cavités est beaucoup plus étroite, admettant à peine le passage d'un stylet. Leur paroi présente une structure et une épaisseur variables avec leur développement ; quant aux vaisseaux, dans tous les cas où la recherche en a été faite, on a trouvé de chaque côté une seule artère pour chaque utérus ; il ne semble pas qu'il y ait d'anastomoses vasculaires importantes entre les deux organes. Les vaisseaux utérins présentent leur disposition habituelle ; leurs rapports avec l'uretère, n'étaient pas modifiés dans les deux ou trois cas où on les a étudiés.

Quant à la disposition du péritoine, elle est intéressante à connaître. Le plus souvent, les deux corps utérins sont enfoncés en grande partie dans le tissu cellulograissex de la paroi pelvienne et n'entrent en rapport avec le péritoine qu'au niveau du bord interne ; il en résulte que la face antérieure et la face postérieure aussi bien que le bord externe de chaque utérus sont complètement dépourvus de péritoine, et qu'on ne trouve en dehors aucune formation péritonéale analogue aux ligaments larges, allant de l'utérus à la paroi pelvienne. Le péritoine, qui tapisse le bord interne de chaque utérus, arrivé au niveau du col, se réfléchit sur le ligament intercervical et remonte sur l'autre corps utérin en formant un cul-de-sac à ouverture supérieure. En avant et

en arrière, il se continue avec le péritoine pariétal, se déprimant seulement de façon à former de chaque côté deux petits culs-de-sac verticaux, l'un pré et l'autre rétro-utérin,

3° Le rapprochement des canaux de Müller, se fait jusqu'à une certaine hauteur, mais sans atteindre le niveau des ligaments ronds : ils se fusionnent au niveau du col, mais restent séparés là où sera le corps. Il en résulte un col unique et un corps double : *utérus bicorne* pouvant présenter deux formes, suivant que les deux corps utérins sont bien développés (*utérus bicornes vrais*), ou que l'un reste atrophié (*utérus bicorne avec corne rudimentaire*).

Dans l'utérus bicorne vrai, le vagin et le col présentent ordinairement une disposition normale. Des deux corps utérins, l'un est en général plus volumineux. Chacun d'eux se porte en haut et en dehors de plus en plus obliquement, en sorte que la partie inférieure est presque verticale et la partie supérieure presque horizontale ; assez souvent, au lieu de cette direction oblique, les deux cornes utérines sont à peu près horizontales. La disposition des vaisseaux utérins et utéro-ovariens ne paraît présenter aucune particularité ; quant au péritoine, il revêt les deux faces et le bord interne, laissant d'ordinaire le bord externe libre ; par suite de cet état il n'y a pas à proprement parler de ligament large, les vaisseaux utérins étant logés dans un amas graisseux sous-péritonéal étendu entre la paroi pelvienne et le bord externe de l'utérus. En bas et en dedans les deux feuillets péritonéaux qui ont recouvert chaque corps utérin se réunissent en formant une sorte de cul-de-sac, ou-

vert en haut, et de là le péritoine se porte en avant sur la vessie, sans former aucun cul-de-sac, en arrière sur le rectum en formant un cul-de-sac plus profond.

Exceptionnellement, au lieu de la disposition précédente on peut observer un vaste repli transversal de forme triangulaire, unissant les deux corps utérins et comblant l'intervalle qui les sépare. Moins rarement, ils sont séparés par une cloison antéro-postérieure allant du rectum à la face postérieure de la vessie, et divisant le bassin en deux loges latérales. Cette cloison a été bien étudiée par Secheyron et affecte une disposition à peu près constante, triangulaire, à base supérieure, à sommet inférieur venant se fixer dans l'angle rentrant formé par l'union des deux corps utérins.

Dans l'utérus bicorne avec *corne rudimentaire*, celle-ci revêt des caractères variables ; tantôt elle est relativement bien développée avec une musculature assez puissante et des vaisseaux assez volumineux, tantôt au contraire elle est extrêmement atrophiée. Variables aussi sont ses rapports avec la corne principale : elle peut être *pédiculée*, réunie à cette corne par un cordon formé de tissu fibro-musculaire et revêtu de péritoine. Ce tractus est quelquefois plein et les deux cavités utérines sont ainsi isolées l'une de l'autre ; d'autres fois elles communiquent entre elles si le pédicule est traversé par un canal plus ou moins perméable revêtu intérieurement par la muqueuse. L'implantation de ce pédicule est variable ; généralement elle se fait sur le col au niveau de son orifice interne, mais assez souvent cette insertion est abaissée jusqu'à la partie moyenne du col ; plus rarement il s'insère plus haut que normalement, non plus

sur le col utérin, mais bien sur la corne principale, parfois, même sur la partie supérieure de cette corne, mais sans jamais dépasser l'implantation de la trompe.

La corne accessoire peut être *sessile*, s'implanter largement sur la corne principale, sans l'intermédiaire d'un pédicule et faire saillie à sa surface à la manière d'un fibrome sous-péritonéal.

4° Les canaux de Müller se sont joints sur la plus grande partie de l'étendue normale de jonction, sauf à la partie toute supérieure du corps utérin. Il en résulte que le fond utérin au lieu d'être bombé reste déprimé ; la matrice représente alors la forme d'un cœur de carte à jouer ; c'est l'*utérus cordiforme* qui est simple lorsque la cloison intra-utérine est complètement résorbée, cordiforme semi-partites lorsqu'elle existe plus ou moins complètement ; seule cette dernière variété peut donner lieu à la formation d'une hématométrie.

5° Les canaux de Müller se soudent et l'utérus présente sa forme extérieure normale ; mais la cloison inter-utérine ne disparaît pas, persiste, et l'utérus est cloisonné, soit complètement (*utérus biloculaire*), soit incomplètement, la cloison pouvant persister au niveau du corps (*utérus subseptus unicol*) ou au niveau du col (*utérus subseptus unicorps*). Des deux cavités utérines séparées par cette cloison, presque toujours une d'elles est plus développée que l'autre ; parfois même celle-ci peut rester à l'état rudimentaire et être à peine perceptible : il s'agit alors d'une *corne rudimentaire incluse*.

Nous avons insisté un peu plus longuement sur ces

notions anatomiques, car elles nous serviront à comprendre les diverses variétés d'hématométrie dans les malformations utérines et à reconnaître les difficultés qui se présenteront au cours de l'intervention.

LA MENSTRUATION

DANS LES CAS DE MALFORMATIONS UTÉRINES

L'établissement de la puberté chez la femme est caractérisée par l'apparition de la menstruation. L'écoulement de sang qui se produit par les voies génitales a pour point de départ la ponte ovulaire : lorsque le follicule de Graaf arrive à maturité, il exerce par l'intermédiaire du système nerveux une influence particulière sur la muqueuse utérine dont les vaisseaux se distendent et se rompent. Ainsi l'état de la menstruation dépend de l'état des ovaires et de celui de la muqueuse utérine.

L'état des ovaires reste toujours le facteur principal. Il paraît certain qu'un utérus rudimentaire peut co-exister avec des ovaires relativement bien développés, et une menstruation être en rapport avec ces ovaires. Mais en pareil cas, on a signalé la déviation des règles, la menstruation vicariante supplémentaire, sous forme d'hémorragie bronchique, d'épistaxis. A ce sujet, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler l'observation citée par le professeur Lefort, dans sa thèse. « Une jeune fille de 23 ans n'avait jamais été réglée, mais un saignement abondant de nez la prenait chaque mois ; et lorsque, par hasard, cette hémorragie nasale n'arri-

vait pas, elle se trouvait prise d'une violente céphalalgie qui ne se dissipait que sous l'influence d'une saignée pratiquée à la saphène. Cette jeune fille, quoique toujours en mauvaise santé, arriva cependant à l'âge de 27 ans, quand elle fut prise d'une fièvre grave qui l'enleva au neuvième jour de sa maladie. A l'autopsie, on a constaté qu'il n'y avait aucun vestige ni du corps, ni du col de l'utérus, ni du vagin, seuls les deux ovaires étaient à leur place habituelle.

Ainsi, lorsque l'utérus existe anormal ou normal, la menstruation s'établira si les ovaires sont bien développés.

Reste le rôle de la muqueuse utérine. Dans les anomalies de développement avec atrésie d'un segment du canal génital, il se peut qu'elle soit insuffisamment préparée, impropre à l'exhalation hémorragique. Ceci n'a lieu ordinairement que dans les cas de corne rudimentaire fermée du côté médian, la fonction menstruelle restant le plus souvent limitée à la corne bien conformationnée.

Connaissant les divers types de malformations utérines, nous pourrions étudier le rythme de la menstruation en pareil cas.

Dans l'utérus dédoublé (didelphe, pseudo-didelphe, bicorne, biloculaire), on peut considérer les deux lobes utérins complètement indépendants l'un de l'autre au point de vue de la fonction menstruelle. Les règles présentent cependant bien des particularités et des irrégularités. Elles peuvent se produire simultanément par les deux cols; mais, d'après Lefort, ce ne serait pas une preuve sans réplique, car on peut objecter que la

cloison inter-utérine n'est pas complète comme on le croit. On a vu l'écoulement de sang se faire par un des cols utérins seulement (Andrieux) (1) ou alternativement dans l'un et dans l'autre, si bien que la régularité des époques n'existe plus. Les deux utérus peuvent être réglés successivement : l'un est réglé pendant trois jours par exemple, puis l'écoulement sanguin s'opère de l'autre côté pendant deux jours (von Engel, Pruvost, Hergott). Ces faits permettent d'expliquer la prolongation des règles qui a été notée plusieurs fois; ils nous font comprendre encore pourquoi, dans certains cas, l'apparition des douleurs se fait quelques jours avant le début de l'écoulement sanguin, alors que la caractéristique des douleurs liées à l'hématométrie est de ne se montrer que 2 à 3 jours après le début des règles. Ces douleurs prématurées s'expliquent par ce fait que l'utérus atrésié est réglé le premier. L'indépendance des deux utérus peut encore être plus complète et Forengi a récemment insisté sur ce point en publiant l'observation d'une femme qui était réglée tous les quinze jours, alternativement à droite et à gauche.

La grossesse évoluant dans une des moitiés utérines, la menstruation a pu s'arrêter dans les deux ou continuer dans la moitié non gravide : Henderson l'a vue persister ainsi pendant toute la durée de la gestation et Tarnier a rapporté une observation identique.

Dans les cas d'utérus bicorne avec corne rudimentaire, les phénomènes sont différents. D'une manière générale, la fonction menstruelle reste faible et reste le

(1) ANDRIEUX, *Annales d'obstétrique*, 1843, p. 415.

plus souvent limitée à la corne bien conformée ; la preuve en est dans la rareté de l'hématométrie dans une corne rudimentaire fermée du côté médian. Dans les cas peu fréquents où la menstruation s'y établit, elle semble n'y apparaître que tardivement et rester minime ; c'est alors à l'occasion d'une congestion pelvienne par surmenage, excès de coït, accouchement, ou même sans cause appréciable que le flux menstruel s'y montre.

Quant à la date d'apparition des règles, dit Gross, elle ne semble guère différer dans les cas de duplicité du canal génital, de l'époque normale. Cependant, dans la majorité des observations, la menstruation s'est établie après la quatorzième année.

Voici, à titre documentaire, deux statistiques différentes :

La première est de Constant Duval (1) ; la seconde, plus ancienne, de Gross.

Constant Duval : sur 72 cas, les premières règles ont apparu :

1 fois à l'âge de	12 ans
7	— 13 —
20	— 14 —
32	— 15 —
10	— 16 —
2	— 17 —

C. Gross : sur 72 cas, les premières règles ont apparu :

9 fois à l'âge de	13 ans
10	— 14 —
13	— 15 —

(1) Constant DUVAL, Menstruation dans les utérus doubles, *Gaz. Méd. du Centre*, 1905, p. 387.

10 fois à l'âge de	16 ans
7 —	17 —
6 —	18 —
3 —	19 —
1 —	20 —

13 à une époque indéterminée.

Les cas examinés par le professeur de Nancy ont, pour la grande majorité, été publiés par des auteurs allemands, c'est ce qui explique pourquoi la puberté semble s'établir à un âge plus avancé que dans la statistique précédente : on sait, en effet, que l'époque de la puberté est variable suivant les latitudes.

Enfin, il peut y avoir aménorrhée. StiwalSKI (1) rapporte l'observation d'une femme, âgée de 54 ans, qui présenta de l'aménorrhée durant toute sa vie et chez laquelle, croyant à un fibrome, il fit la laparotomie et eut la preuve d'un utérus bicorne unicervical; même fait dans une observation de Haultain, de Laeuvers. A côté de cette aménorrhée primitive, on peut voir une aménorrhée secondaire se produire dans la partie d'utérus dédoublé la mieux conformée (Gross); dans une observation de Freund, la corne droite la moins développée est aménorrhéique, tandis que la gauche, la mieux développée, était fermée et le siège d'une hématométrie; ce n'est qu'après l'incision de l'hématométrie que les règles se sont produites dans la corne ouverte.

Ces diverses considérations nous permettent donc de conclure à la diversité la plus grande de la menstruation dans les cas de duplicité du canal utéro-vaginal.

(1) STIWALSKI, Jahresbericht d. krakauer Ghn. Geesellschaft, Bd VII, 1896, p. 13.

COMMENT SE CONSTITUE L'HÉMATOMÈTRE UNILATÉRAL

Un obstacle à l'écoulement du sang menstruel dans le vagin est nécessaire.

L'atrésie doit être unilatérale; en effet, l'utérus double a rarement ses deux parties identiques; le plus souvent une des moitiés ressemble à un utérus normal, l'autre est moins bien conformée. Il est tout à fait exceptionnel d'observer une hématométrie bilatérale avec atrésie double, Meyer (1). On cite trois observations auxquelles nous pouvons ajouter celles de Lervers (2), de Frœlich (3), de P. Muller (4), de Bouman (5). On trouve en pareil cas des malformations importantes du côté du vagin; dans l'observation de Lœrvers, on note l'absence complète de ce conduit.

Lorsque la corne utérine est bien développée, l'obstacle peut siéger en un point quelconque de sa cavité, mais on le rencontre presque toujours à l'orifice externe,

(1) MEYER, Inaugural dissertation, Zurich, 1883.

(2) LEWENS, Double uterus with double hæmatometra and complete absence of vagina, *Trans. of the obst. Society of London*, XXXVIII, 4.

(3) FRÖELICH, in thèse Goullioud, obs. XXXIV, p. 123.

(4) P. MÜLLER, *Deutsche Chirurgie*, Lief. 55, 1885, p. 221.

(5) BOUMAN, Contribution à l'étude des gynatrésies, Inaug. dissertation, Amsterdam, 1902.

exceptionnellement à l'orifice interne. Au-dessus, l'utérus se distend en une poche de volume et de consistance variables, suivant l'ancienneté de la lésion.

Si l'orifice externe est atrésié, l'organe se transforme en une poche où corps et cols dilatés communiquent entre eux; si l'orifice interne ne se laisse pas vaincre par la pression du sang venue de bas en haut, alors le col seul se distend. En effet, un facteur dont il faut tenir compte dans la constitution de l'hématométrie, c'est la différence de musculature entre le corps et le col. Sur le corps, il est classique de décrire trois couches de fibres musculaires lisses, sur le col, la couche moyenne a disparu : différence d'épaisseur, différence de force dans les contractions, différence de résistance aux pressions intérieures.

Dans l'hématométrie, le sang est chassé de haut en bas et vient s'accumuler dans la partie la plus déclive de la cavité cervicale : un hématomètre cervical se formera d'abord ; comment se constitue l'hématomètre total ? Une poussée, d'abord menstruelle plus tard continue, de bas en haut, contre la résistance de l'orifice interne et des fibres musculaires du corps, est exercée par le sang de l'hématome cervical. Tant ce que ces fibres mises en contracture réflexe résistent à cette poussée, la rétention restera cantonnée au col. Que cet état de choses vienne à disparaître, le sang refluera vers la cavité corporéale, la distendra, et celle-ci participera à son tour à la constitution de l'hématomètre. Un peu au-dessus de l'orifice interne existe un épaississement circulaire formé par le bord inférieur de la couche moyenne qui ne gagne pas le col : ceci nous explique

pourquoi à ce niveau existe une sorte de collet qui ne se laisse pas dilater comme le reste du corps, et pourquoi certaines hématométries revêtent un aspect extérieur en bissac.

Ainsi se constituent les deux variétés d'hématométrie latérale ; nous les appellerons : *hématométrie totale ou cervico-corporéale*, *hématométrie cervicale*.

Suivant le degré d'atrésie du col, il se produira tantôt une hématométrie incomplète, caractérisée par de la dysménorrhée avec écoulement difficile, règles irrégulières et douloureuses — *réten tion partielle* — tantôt une hématométrie avec *réten tion totale*.

Ces faits sont faciles à comprendre. Lorsque l'orifice n'est que rétréci partiellement, le sang s'écoule avec peine, trouvant encore un pertuis, si petit soit-il, par lequel il peut s'évacuer ; ou bien encore comme il est rapporté dans une observation de Lamond Lakie (1), le sang s'accumule dans le côté où siège l'atrésie cervicale pour n'en jaillir que tous les trois ou quatre mois seulement, quand sa pression est devenue suffisante pour vaincre l'obstacle à son écoulement. La dysménorrhée est ainsi accompagnée de phénomènes d'*hématométrie intermittente* liés à cette atrésie incomplète du col.

Si elle est encore plus accentuée, il se fait une accumulation totale de sang au-dessus de l'obstacle, une *hématométrie complète*. Il ne faudrait pas croire cependant que toutes les fois qu'il y a une atrésie absolue d'un col, il s'ensuive nécessairement l'occlusion de la moitié d'utérus correspondante. Schulh (2) a décrit une pièce

(1) LAMOND LAKIE, Rétention du sang menstruel dans une moitié d'utérus double, *British Med. Journal*, 23 janvier 1897.

(2) SHULH, Utérus et vagin double, *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1894, p. 248.

dans laquelle il y avait bien imperforation du col d'une des moitiés d'un utérus bicorne, mais au-dessus du museau de tanche imperforé existait un orifice faisant communiquer la cavité de la corne close avec la corne ouverte; même fait dans l'observation de Pollosson que nous rapportons plus loin; cette anomalie est cependant exceptionnelle.

En est-il de même dans les cas d'utérus bicorne avec corne rudimentaire? Nous avons établi précédemment que, lorsque la menstruation s'y installe, elle semble n'apparaître que tardivement. Les accidents de rétention, quand ils se produiront, seront donc également tardifs, et cette menstruation restant minime, il est facile de comprendre que la tumeur hémorragique n'atteindra jamais un grand développement; l'exhalation sanguine, en effet ne saurait être abondante dans une cavité aussi peu spacieuse que celle d'une corne rudimentaire. Lors même que la fonction menstruelle est établie, l'hématométrie est rare, car l'accumulation du sang n'est pas suffisante pour produire une tumeur. En pareil cas, les signes de rétention n'ont apparu qu'au bout de huit ans (Lambret), de onze ans (Hégar).

D'après certains auteurs, le degré de développement de la muqueuse de la corne utérine jouerait parfois un certain rôle dans la formation ou la non-formation d'une hématométrie. Pour Léopold (1), la muqueuse d'une corne utérine rudimentaire pourrait résorber le sang, et cela d'autant plus facilement que l'exhalation sanguine y reste toujours très faible. Cependant, si ces auteurs ont trouvé une muqueuse normalement consti-

(1) LÉOPOLD, *Centr. f. Gynæk.*, 1883, n° 20.

tuée, d'autres, par contre, ont constaté qu'elle est parfois incomplètement développée sans que son état d'atrophie puisse s'expliquer par la compression exercée sur elle par la collection sanguine ; elle n'est donc que très peu apte à la résorber.

L'exhalation menstruelle est donc la principale cause de la production d'une hématométrie : si elle est abondante et si la cavité se laisse distendre, la poche atteindra un volume suffisant pour être reconnaissable à un examen gynécologique (on l'a confondue alors avec une annexite, un hématome de l'ovaire) ; si au contraire la corne reste rudimentaire, l'accumulation de sang sera minime : on trouve des cavités grosses comme une noisette, un dé à jouer, pleines d'un sang noir et épais, ces faits ont été bien mis en lumière par Goullioud sous le nom *d'hématométrie latérale minuscule*.

QUELLE EST LA CAUSE DE CETTE ATRÉSIE ?

Elle peut être soit congénitale, soit acquise :

Congénitale, et c'est le cas le plus fréquent. Certains auteurs (Kusmaül, Kinderlen) (1) ont observé que l'hématométrie latérale coïncidait avec l'absence du rein du même côté ; dans plusieurs observations le même fait est mentionné : Halban, croyant être en présence d'un utérus avec corne rudimentaire, fit la cystoscopie pour contrôler s'il n'y avait pas absence d'un uretère. Nous ne voudrions pas insister sur les théories pathogéniques émises : nous rappellerons seulement que pour les uns

(1) KINDERLEN, *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynæk*, 1888, Bd 15.

il s'agit d'une compression du canal de Müller avec imperméabilité au point comprimé, par une prolifération des éléments cellulaires à son voisinage (Kinderlen). D'autres (Kusmaul (1) et Furst) supposent que l'atrésie serait le résultat de quelque processus inflammatoire survenu chez le fœtus et dont il faudrait chercher la cause dans les sécrétions et desquamations muqueuses qui se font chez lui ; elle serait aussi un accident survenu dans un canal de Müller déjà canalisé. Pour Schroeder (2) elle résulterait de la malformation même.

Acquise : si dans la majorité des cas l'atrésie est congénitale, il faut cependant admettre que les causes qui peuvent la provoquer dans un canal génital normalement développé, peuvent se produire au cas de duplicité de ce même canal.

On comprend aisément qu'une atrésie incomplète tout d'abord, et n'occasionnant que de simples phénomènes dysménorrhéiques, puisse augmenter plus tard et aboutir à la formation d'une hématométrie vraie : dans une observation de Freund la tumeur n'apparut que trois ans après le début de la menstruation ; chez une malade de Gross il y eut un intervalle de neuf ans entre l'établissement des premières règles et l'apparition des premiers accidents de rétention.

Cet intervalle peut être plus long encore, dix-sept ans chez la malade de Staude. Pour expliquer ces faits, on peut admettre l'aggravation d'une atrésie primitivement

(1) KUSMAUL, *Von den Nangel, der Verdümmung und der Verdoppelung der Gebärmutter*, Würzburg, 1859.

(2) SCHROEDER, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, Leipzig, 6^e éd., 1884.

peu marquée, sous l'influence de l'irritation due à la difficulté de l'écoulement menstruel par l'orifice anormalement conformé. Le col de l'utérus supplémentaire, dit Pozzi (1), quand il existe est atrophié, se montre à peine sous forme d'un petit trajet fistuleux traversant l'épaisse paroi de la poche. Dans de telles conditions l'atrésie totale n'est-elle point facile ?

D'autres fois les accidents de rétention n'apparaissent qu'après une ou plusieurs grossesses. En voici un exemple remarquable : chez une malade de Meyer (2) réglée à dix-sept ans, toujours régulièrement tous les mois, abondamment et sans douleurs, trois grossesses avaient lieu. Depuis la dernière seulement, c'est-à-dire douze ans après le début de la menstruation, les règles sont plus irrégulières ; un an après elles s'accompagnent de douleurs abdominales et lombaires, puis se localisent du côté gauche : la malade sent alors une tumeur se développer. Pour expliquer ces hématométries tardives, il faut admettre soit une déchirure du col s'étendant au col rudimentaire et s'accompagnant de cicatrisation vicieuse, ou mieux, ce qui paraît plus probable, quelque lésion métritique cervicale ayant pour origine une des nombreuses variétés d'infection utérine venues du dehors, se propageant au col rudimentaire et déterminant une atrésie.

POURQUOI N'Y A-T-IL PAS FORMATION D'HÉMATOSALPINX ?

La coïncidence fréquente d'un hématosalpinx du même côté est signalée dans un grand nombre de cas.

(1) POZZI, *Traité de Gynécologie*.

(2) MEYER, *Inaugural dissertation*, Zurich, 1883, obs. XX, in thèse Gross.

Elle n'est pas absolue toutefois, comme nous le disons dans notre thèse, et il s'agit alors d'hématométrie latérale simple.

Comment le sang peut-il se collecter dans la trompe ? On a admis que cette accumulation se faisait par regorgement du sang contenu dans l'utérus : c'est la vieille théorie du reflux d'Aran et Bernutz (1). Pouchet et Sée soutenaient autrefois qu'il existait une véritable menstruation tubaire qui accompagnait ou au besoin suppléait à la menstruation utérine. S'il en est ainsi on devrait en trouver parfois la preuve pendant les nombreuses interventions abdominales faites pendant les règles. Tout récemment, dans un travail paru dans les Archives de gynécologie, Czyzewich (2), de Lemberg tire de ses recherches les conclusions suivantes : il a pu examiner les trompes saines chez six femmes opérées soit pendant, soit immédiatement après leurs menstrues pour des tumeurs de l'ovaire qui laissaient intact l'oviducte. Les trompes utérines ne prennent aucune part à la production du sang menstruel, dit-il. Pendant les époques il y a bien une congestion des vaisseaux de l'organe analogue à celle qui atteint toute la sphère génitale, mais ces vaisseaux restent intacts et ne prennent point part à la production de l'hémorragie. La muqueuse ne se modifie pas, on trouve bien de temps à autre du sang dans les trompes, mais il provient de la matrice ; les contractions utérines l'ont fait refluer par l'ostium uterinum jusque dans l'ampoule de Henle, sans toutefois dépasser l'ostium abdominale. Peu après les règles, le sang tu-

(1) BERNUTZ, *Archives générales de Médecine*, 1848.

(2) CZYZEWICH, Sur la menstruation tubaire, *Arch. für Gynæk.*, 1908, tome LXXXV, fasc. 1^{er} avril.

baire est chassé de l'organe par les mouvements des cils vibratils. Nous admettons donc pour expliquer certains hématosalpinx une exhalation sanguine par hyperémie de voisinage et l'explication serait celle que Fabricius (1) a donnée de l'hématosalpinx qui accompagne les fibromes utérins. Il y aurait exsudation intratubaire par congestion passive du côté de la trompe, congestion due à l'éréthisme vasculaire résultant des contractions du muscle utérin lui-même.

Il nous semble donc que si l'hématosalpinx n'est pas une complication absolue, c'est grâce à un obstacle à l'écoulement du sang par l'ostium uterinum : notre observation en donne un remarquable exemple, en nous montrant la bride trifurquée qui, partie de l'angle utérin, envoyait des ramifications sur les flexuosités de la trompe et transformait ainsi cette dernière en un conduit imperméable par accolement de ses parois. La preuve en est encore dans l'absence d'hématosalpinx dans la variété cervicale de l'hématométrie où l'orifice interne oppose un obstacle à la poussée du sang et à son reflux vers la cavité du corps.

Cependant, quelquefois malgré l'imperméabilité de la trompe, l'hématosalpinx se forme : c'est la théorie de l'exhalation tubaire réflexe qui permet alors de l'expliquer. Cette pathogénie nous laisse aussi comprendre l'apparition en certains cas d'hématomes concomitants au niveau de l'ovaire, dans l'épaisseur du ligament large, dans l'épiploon ou encore, ce qui est plus rare, dans le ligament rond (Halban).

(1) FABRICIUS, Ueber Myome und Fibrome des Uterus und deren Einfluss auf die Umgebung, etc., Wien, 1895.

CONFIGURATION EXTÉRIEURE, STRUCTURE DE L'HÉMATOMÉTRIE

L'aspect que présente l'hématome par rétention des règles dépend du siège de l'atrésie, de la variété de la malformation, de l'importance de la rétention sanguine.

Lorsqu'il s'agit d'un utérus franchement double (didelphe ou pseudo-didelphe) la configuration extérieure de la tumeur varie suivant l'état de l'orifice interne du col. S'il est distendu, les cavités du corps et du col se transforment en une poche à paroi d'épaisseur variable. Quelquefois corps et col sont confondus, et il n'existe alors qu'une seule cavité, un léger rétrécissement indiquant à peine la limite entre les deux moitiés de l'utérus. D'autres fois, l'orifice interne n'a pas subi la même dilatation que le reste de l'organe, et persiste sous forme d'un anneau divisant la tumeur en deux poches: l'une supérieure qui correspond au corps, l'autre inférieure répondant au col, sur une coupe frontale, nous voyons les deux cavités communiquer par un orifice étroit, présentant une série de plis longitudinaux, indice de la résistance de la paroi à ce niveau et de son inextensibilité. Nous décrivons ces cas sous le nom d'*hématomètre total*.

Des deux poches, la supérieure, est recouverte par le péritoine en totalité ou en partie, et c'est à son niveau que se réfléchit la séreuse, elle a une tendance à évoluer vers l'abdomen. La seconde par contre est extra-péritonéale, et se développe entre les deux feuillets du ligament large en repoussant par sa partie inférieure le cul-de-sac vaginal et vient ainsi proéminer fortement dans le vagin. D'ordinaire la dilatation est plus forte dans la cavité cervicale que dans la cavité du corps. Freund et Jacquet ont cru pouvoir expliquer cette particularité comme une conséquence de la déclivité et de la pesanteur. Pour eux, le sang grâce à son poids s'accumulerait dans les parties déclives. Schröder attribue ce maximum de dilatation de la partie inférieure, à la plus grande extensibilité du segment inférieur de l'utérus. Ceci se comprend d'ailleurs par la forme même de la cavité d'une corne utérine dont le segment inférieur est toujours plus important que le fond, qui ne représente souvent qu'une sorte d'appendice conique plus ou moins effilé faisant suite à un col relativement mieux développé.

Ces conditions expliquent pourquoi la rétention domine souvent dans le col : il s'agit alors d'*hématomètre cervical*, on voit la dilatation commencer à l'orifice interne et s'élargir rapidement. La cavité ainsi formée peut avoir un volume assez important, celui d'une grosse orange par exemple (obs. Pollosson). L'hématome ainsi formé évolue comme une tumeur incluse dans le ligament large, elle est juxta-utérine, repoussant fortement du côté opposé le col de la corne perméable et venant faire saillie dans le cul-de-sac correspondant.

A côté de ces hématomètres volumineux et à parois amincies, il existe, dans les utérus malformés, des hématomètres de dimensions très réduites, d'origine congénitale. Ainsi dans un utérus bicorne, l'une des cornes est très souvent rudimentaire, reliée à la corne principale par un pédicule assez long ou au contraire accolée à elle. La quantité de sang qu'elles contiennent est souvent minime, leur volume peu important, leur paroi très épaisse. Goullioud les a décrites sous le nom d'*hématomètre latéral minuscule* et a tracé leur symptomatologie, insistant sur ce fait, qu'elles ne peuvent souvent pas être décélées à un examen attentif.

Lorsque l'hématométrie se développe dans un utérus malformé, mais dont la forme extérieure n'a pas changé (utérus biloculaire), elle n'est indiquée le plus souvent que par une augmentation de volume du corps utérin. Dans l'observation de Homans (1) et de Nicolaysen (2), la rétention occupait toute une moitié d'utérus ; par contre, dans le cas rapporté par Werth (3), il s'agissait d'une loge utérine rudimentaire dans un utérus biloculaire : « l'utérus de forme normale est élargi en son corps. Le fond est régulièrement arrondi. Dans l'épaisseur de la moitié gauche de l'organe siège un nodule dur qui n'en modifie pas la

(1) HOMANS, A case of two homed uterus, *The Lancet*, 3 nov. 1883.

(2) NICOLAYSEN, Hæmatometra bei uterus septus, *Schmidt's Jahrbücher*, 1874, Bd 164.

(3) WERTH, Ueber Hæmatometra in der verchonenen unvolkumen eutwickten Høelfe enes uterus bilocularis, *Archiv. für Gynæk.*, 1895, p. 422.

surface. Par une incision cunéiforme on extirpe la tumeur enclavée en plein tissu utérin, sans communication avec l'utérus gauche. Goullioud (1) a rapporté récemment un cas identique qu'il rapproche lui-même de celui de Werth : l'hématométrie ne se révéla pendant l'intervention que par un épaissement du bord gauche de l'utérus.

La structure de la poche de l'hématome rappelle celle de l'utérus lui-même. On y trouve le muscle utérin avec ses caractères. Le nombre des fibres s'est considérablement accru, ce qui rend parfois notable l'épaisseur de la paroi. On croirait volontiers au premier abord qu'une accumulation de sang, en distendant l'utérus en amincirait les parois par cette distension même. Tout au contraire, il semble que sous cette influence, le muscle utérin s'hypertrophie et qu'il se mette lui-même dans les meilleures conditions pour résister à la rupture de la poche. Il s'agit sans nul doute d'une hypertrophie réactionnelle : le produit de la rétention se comporte vis-à-vis du muscle utérin comme un corps étranger, excite la paroi utérine et surtout ses fibres musculaires qui répondent à cette excitation par des contractions douloureuses, véritables douleurs expulsives revenant sans cesse. Les fibres musculaires dont la fonction est ainsi accrue ne tardent pas à s'hypertrophier.

Il est bien rare qu'il se fasse une atrophie des parois et cela se comprend. La quantité de sang retenue est trop peu considérable à chaque époque menstruelle, l'exhalation trop peu abondante pour qu'une dilatation

(1) GOULLIOUD, *Lyon Chirurgical*, juin 1912.

rapide de la cavité épuise le muscle utérin et que l'hypertrophie ne puisse se faire.

Le tissu cellulaire péri-utérin peut contribuer à l'épaississement et au renforcement de la paroi de l'hématométrie. A la longue, cependant, la distension l'emporte et les tuniques s'amincissent : ainsi dans notre observation, la partie de la poche qui faisait saillie dans le vagin, présentait une épaisseur inférieure à celle de la dilatation formée aux dépens du corps.

L'étude de la paroi interne de la poche hématométrique a certain intérêt, car elle représente la muqueuse du col et du corps, dont l'aspect différent permet parfois de reconnaître dans la tumeur ce qui appartient à l'un et à l'autre. La muqueuse se trouve dans un état d'irritation chronique : elle est d'abord tuméfiée, hyperhémiee, plus tard elle s'atrophie. Les cellules épithéliales changent alors de caractère ; elles s'aplatissent et prennent l'aspect de cellules pavimenteuses. Nous voulûmes dans notre cas examiner la muqueuse en divers endroits, notamment au niveau de l'orifice interne, portion rétrécie séparant les deux poches : il nous fut impossible de distinguer les éléments cellulaires, tellement ceux-ci avaient été modifiés ; par place nous avons trouvé quelques cellules aplaties, mais nulle part de couche continue.

Le contenu est constitué par une masse sanguine couleur chocolat, noirâtre, ressemblant à du goudron épaissi, de consistance sirupeuse. Cette masse est formée par le sang des règles longtemps retenu dans une cavité kystique avec revêtement épithélial. Ce sang n'est pas coagulé, mais ses éléments liquides sont en

partie résorbés : les globules rouges, eux, subsistent, ils n'ont pas disparu, mais présentent des altérations considérables dans leur aspect extérieur : ils sont complètement déformés, aplatis, diminués de volume, ratatinés.

Au sang s'ajoute parfois — lorsque les glandes accolées à la muqueuse ne sont pas atrophiées — les produits de la sécrétion utérine : « Il est bon d'insister sur ce fait, dit Quénu, que le contenu de ces hématomètres se compose autant de sécrétion utérine que de sang ». C'est un liquide clair, séro-muqueux, qui plus tard s'épaissit et devient jaunâtre.

Enfin, si l'hématométrie devient pyométrie, le contenu est purulent ou du pus.

ÉTUDE CLINIQUE DE L'HÉMATOMÉTRIE

L'étude clinique de l'hématométrie latérale simple mérite une attention assez grande : la lecture des diverses observations montre en effet l'incertitude des auteurs à interpréter les phénomènes observés et les erreurs de diagnostic fréquemment commises. De plus, à la symptomatologie donnée par Gross dans sa thèse déjà ancienne de treize ans, sont venues s'ajouter les idées de Goullioud sur l'hématométrie minuscule. Il nous a donc paru bon de refaire ici ce tableau clinique intéressant.

Trois grands signes le caractérisent, variables eux-mêmes dans leur modalité :

- Des troubles de la menstruation ;
- Des phénomènes de dysménorrhée ;
- La coexistence d'une tumeur juxta-utérine ;

1° TROUBLES DE LA MENSTRUATION

Nous connaissons l'état de la menstruation dans les malformations utérines ; nous rappellerons cependant que deux conditions sont indispensables pour l'établissement de l'hématométrie : l'exhalation sanguine dans le segment malformé, une atrésie unilatérale (les cas

d'atrésie bilatérale ayant été rapportés, mais restant exceptionnels). Dans le segment perméable le mieux conformé, la menstruation ayant lieu normalement, il peut donc y avoir (et nous tenons à signaler le fait dès le début) *hématométrie malgré la persistance des règles*, d'où de fréquentes erreurs de diagnostic.

De la nature de l'atrésie, dépendront les troubles menstruels. Lorsqu'elle est congénitale, ce qui s'observe dans la grande majorité des cas, les troubles se montreront à l'âge de la puberté avec l'établissement des règles; leur apparition est plus ou moins éloignée si l'atrésie n'est pas d'emblée complète et ne devient totale qu'à la longue sous une influence variable. En voici un exemple rapporté par Freudentberg (1) : « Il s'agit d'une jeune fille réglée à 15 ans; depuis lors les règles ne reviennent que deux fois à époque fixe, chaque fois l'écoulement est moindre. A la troisième et dernière période à peine quelques gouttes de sang, puis suppression des règles. » Enfin, il peut y avoir des atrésies acquises : nous rappelons que c'est ordinairement après des grossesses que se développent ces accidents de rétention, comme il est rapporté dans une observation de Gross où l'intervalle fut de neuf ans, de Staude (2) où il fut de dix-sept ans.

L'écoulement sanguin sera lui aussi variable. Tantôt il peut être abondant et n'étaient les phénomènes dysménorrhéiques rien ne pourrait faire songer à des

(1) FREUDENTBERG, Ein Fall von Uterus didylphys mit rechtsseitiger Hæmatometra, *Zeitschrift f. Gebursih. u. Gynæk.*, 1880, Bd V, p. 334.

(2) STAUDE, *Zeitschrift f. Gebursih. u. Frauenkrankheiten*, Bd I, 1876, p. 138.

accidents de rétention ; ou bien il peut manquer pendant plus ou moins longtemps, même complètement. Le plus souvent on note des irrégularités et la femme observe des époques abondantes suivies d'autres où la quantité de sang perdue est minime.

A ces troubles menstruels s'ajoutent de temps à autre des *métrorrhagies* de gravité diverse. C'est parfois un écoulement continu, mais faible, par la corne ouverte, d'un liquide sanguin épais, noirâtre. D'autres fois, c'est une perte abondante de sang rouge, avec de gros caillots, se faisant d'ordinaire sans douleur, spontanément ou sous l'influence d'un mouvement, du jeu comme dans notre observation. Ces métrorrhagies se répétant anémient la malade et c'est la chlorose que l'on accuse de ces méfaits. Comment les expliquer ? D'après Meyer et c'est aussi notre avis, il ne s'agirait pas d'un écoulement menstruel, mais d'une hémorrhagie de l'endomètre par stase sanguine produite par le voisinage de la tumeur résultant de l'hématométrie. Si cette poche sanguine est développée elle agit par compression sur la corne voisine ouverte, et la transforme en vase clos ; la muqueuse malade continuant à suinter, le sang s'accumule derrière cet obstacle et lorsque sa pression sera suffisante pour le vaincre, il s'écoulera au dehors spontanément et en grande abondance. C'est ce que nous avons observé sur notre malade. Une explication nous avait paru possible : ne s'agissait-il pas d'une « métrorrhagie par regorgement », un pertuis de petit calibre faisant communiquer le segment atrésié avec le segment ouvert. La poche sanguine aurait dû alors diminuer de volume : or, il n'en était rien et un

examen que nous fîmes dans des circonstances pareilles permit de nous rendre compte qu'aucun changement de volume ni de forme ne s'était produit du côté de la tumeur juxta-utérine.

Signalons enfin des *écoulements leucorrhéiques*, d'odeur suspecte, qui sont sous la dépendance de l'endométrite de la corne ouverte.

2° PHÉNOMÈNES DE DYSMÉNORRHÉE

Les phénomènes douloureux et les troubles de l'écoulement menstruel marchent de pair : les premiers sont la conséquence des seconds qui découlent eux-mêmes directement de l'atrésie génitale.

Il peut y avoir hématométrie malgré la persistance des règles, avons-nous dit plus haut : *il est des utérus douloureux non hématométriques*, ajoutons-nous aussitôt, voulant bien mettre en relief ce second fait que des observations récentes ont confirmé (Vautrin (1), Goullioud (2) Leriche (3). Il s'agit alors d'utérus rudimentaires pleins ou excavés en totalité ou en partie, composés d'un tissu riche en fibres musculaires lisses, parcouru par des vaisseaux très développés, qui est le siège d'une congestion intense au moment des règles.

Lorsqu'il y a hématométrie, quels sont les caractères de la douleur ?

Elle peut s'installer avec la première menstruation,

(1) VAUTRIN, Utérus double enlevé par hystérectomie abdominale, *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1906.

(2) GOULLILOUD, in thèse Lyon, obs. XLVI.

(3) LERICHE, Utérus double unicervical, douloureux; hystérectomie, *Lyon chirurgical*, 8 septembre 1912, p. 404.

mais le plus souvent ce n'est qu'après plusieurs époques indolores, voire même plusieurs années que la dysménorrhée apparaît, surtout s'il s'agit de corne rudimentaire. On peut croire alors que l'exsudation manque au début et n'apparaît que plus tardivement dans la moitié utérine atrésiée : ou mieux encore que, faible tout d'abord, elle augmente dans la suite sous l'influence d'une excitation génésique ou d'une conception se faisant dans l'autre moitié utérine.

Quand débudent les phénomènes douloureux ? C'est parfois avant le début de la période menstruelle ou avec lui, mais le plus souvent, et ceci est un caractère particulier des douleurs liées à la rétention sanguine, elles n'apparaissent qu'après lui. Ce n'est qu'au bout de quatre à cinq jours de molimen menstruel que la malade commence à souffrir : alors apparaît dans le bas-ventre une douleur sourde qui croît progressivement pendant les derniers jours des règles. Certaines époques peuvent cependant n'être pas douloureuses.

Tandis que la maladie progresse, ces souffrances sans acquérir une très violente intensité prolongent leur durée, et, apparaissant toujours dans les derniers jours des règles ne disparaissent plus avec le flux menstruel. Parfois encore les crises douloureuses ne coïncident pas avec les époques, se montrent soudainement, indépendamment d'elles, ce qui a fait penser que l'exsudation menstruelle ne se produit pas toujours du même moment dans les deux moitiés d'utérus. Les souffrances vont ensuite en diminuant, et, les règles terminées, cessent complètement. Mais à mesure que l'hématométrie grossit, la femme accuse une sen-

sation de pesanteur douloureuse et continue au niveau du bas-ventre comme dans toute tumeur ilio-pelviennne.

Signalons un fait digne de remarque : l'influence heureuse des grossesses sur la dysménorrhée qui disparaît pendant la gestation pour revenir après l'accouchement.

Ces douleurs sont unilatérales (caractère de première importance sur lequel les malades attirent l'attention), et se font surtout sentir dans les aînes et le bas-ventre avec des irradiations multiples, principalement vers la région lombo-sacrée et les membres inférieurs. Elles varient du reste beaucoup avec l'impressionnabilité nerveuse du sujet. D'ordinaire elles sont violentes (dans une observation de Quénu le diagnostic d'appendicite aiguë fut porté), intermittentes, mais de courte durée ; dans d'autres cas, elles sont continues, plus ou moins aiguës. La douleur est en général spontanée, quelle que soit la modalité sous laquelle on l'observe, mais elle est réveillée par la pression, exaspérée surtout par la pression abdominale moins par le contact vaginal.

Il est une forme particulière d'hématométrie, l'*hématométrie latérale minuscule* où le tableau clinique est occupé en entier par un grand symptôme, une violente dysménorrhée : petites lésions, gros symptômes. Dans une observation de Goullioud, il s'agissait de crises paroxystiques qui d'abord contemporaines des règles, se prolongeaient plus longtemps, augmentaient de fréquence et d'acuité arrachant des cris à la malade : la douleur revêt la sensation d'un déchirement dans le côté gauche du bas-ventre avec irradiation dans le dos du même côté.

Dans l'observation de Violet (1), ce sont des douleurs très vives « à crier » que rien ne soulage; elles s'accompagnent même de vomissements et, pendant toute leur durée, la malade ne peut s'alimenter. Dans l'intervalle des règles, cette femme de constitution robuste fournit un travail régulier et fort pénible. Cette dysménorrhée s'était même aggravée depuis le mariage et deux accouchements ne l'avaient pas fait cesser.

Il faut bien connaître ces hématomes minuscules pour rechercher et attaquer d'aussi petites lésions : c'est cependant le seul moyen de débarrasser ces femmes de douleurs réellement pénibles, tout en leur conservant leurs fonctions sexuelles.

3° TUMEUR

Les troubles menstruels et la douleur coïncident en général avec l'apparition d'une tumeur, troisième symptôme essentiel de l'accident. Elle résulte de l'accumulation du sang dans le segment génital atrésié et augmente progressivement de volume.

Quand apparaît-elle ? Avec les troubles précédents, avons-nous dit; mais en fait, les malades ne s'en aperçoivent, ou l'on ne peut la trouver à un examen objectif, qu'un certain temps après. Dans une observation de Kiriak, l'intervalle fut de 3 ans; il est ordinairement moins long, mais il faut quelques mois pour permettre à la tumeur d'avoir des dimensions appréciables.

Elle peut siéger à droite ou à gauche ou au contraire

(1) VIOLET, *in* thèse Goullioud, observation recueillie dans le service de M. le professeur Pollosson.

être médiane suspubienne. Tous les auteurs la disent plus fréquente à droite qu'à gauche, sans qu'aucun en puisse donner la raison; dans 73 observations de la thèse de Gross, où le côté de la lésion a été indiqué, on note que 43 fois elle a siégé à droite et 32 fois à gauche.

Variable dans ses dimensions, elle peut avoir le volume d'une noisette, d'un petit œuf s'il s'agit d'une hématométrie dans une corne rudimentaire ou, au contraire celui d'une orange, d'un gros poing, d'une tête fœtale. Les dimensions sont moindres qu'avec complication d'hématosalpinx, car les parois de la trompe opposent moins de résistance à la pression de la masse sanguine que celles de l'utérus. On trouve alors dans le ventre une deuxième tumeur, sphérique ou bosselée, douloureuse, surmontant la poche utérine qui est située plus profondément et plus fixe.

Pour étudier les signes physiques de l'hématométrie, nous prendrons deux types différents, suivant qu'elle se développe dans un utérus franchement double (didelphe, pseudo-didelphe, bicorne) ou dans une corne utérine rudimentaire.

PREMIER TYPE. — C'est le type de la tumeur du ligament large où, à une période d'évolution pelvienne, succède une seconde période d'évolution abdominale. Nous retrouvons ici deux phases, l'hématométrie prédominant d'abord dans la partie cervicale pour se développer ensuite dans le corps utérin qui se laisse moins distendre que le segment inférieur.

Le toucher nous permettra de faire les constatations suivantes. Le vagin peut être franchement double, en canon de fusil, si la malformation a porté sur toute la

hauteur de l'arbre génital, ou présente des vestiges d'une cloison médiane sous forme d'une simple crête vaginale : ce sont des plis longitudinaux qui s'observent sur la partie antérieure ou postérieure, quelquefois sur les deux. Ces plis s'effacent ordinairement vers le haut du conduit, à quelques centimètres du col utérin. Mais le plus souvent, le vagin ne présente aucune anomalie. On sait que les parties inférieures des cordons de Müller se soudent et se fusionnent plus vite que les parties supérieures destinées à former l'utérus.

Il nous renseignera encore sur l'état du col et sa situation. L'hématométrie se développant comme une tumeur juxta-utérine, le col se trouve refoulé vers le haut et rétréci : il siège en apparence sur la paroi du col dilaté, au point de se confondre avec la tumeur, et le toucher ne parvient pas à en sentir l'orifice. Le contact est si intime, qu'il n'y a aucune trace de cul-de-sac latéral entre la tumeur et lui ; un sillon pourrait exister dans les cas d'utérus didelphe.

Il nous révélera l'existence d'une tumeur venant faire une saillie plus ou moins prononcée dans le vagin, presque toujours dans un cul-de-sac latéral. Sa surface est régulière, lisse, la muqueuse vaginale étant d'ordinaire distendue, dépourvue de ses plis. Elle est rénitente, fluctuante, dépressible, et donne l'impression d'une collection liquide si elle est récente (on l'a confondue alors avec un kyste du vagin, du ligament large). Mais un signe que nous n'avons vu signalé nulle part et qu'il faut rechercher avec le plus grand soin, est la *présence de contractions utérines* à son niveau ; *par instant, la tumeur durcit sous le doigt qui l'explore*, ce

qui permet à notre maître, M. le professeur Guérin-Valmale, de porter le diagnostic de tumeur liquide intra-utérine, et, étant donnés les antécédents de la malade, d'hématométrie dans un utérus double. Sous l'influence de l'excitant sanguin, des contractions spontanées se produisent et, suivant leur degré, provoquent des douleurs d'intensité variable ; de même, par le fait d'excitations directes de sa musculature (le doigt explorateur), la poche hématométrique a des contractions qui sont alors directement perçues, phénomènes comparables à ce qui se passe au cours de la grossesse. Lorsque des caillots nombreux et anciens doublent à l'intérieur le muscle utérin, on n'a plus ces impressions de mollesse et de rénitence, mais au contraire on reconnaît une tumeur dure, non dépressible, qui a été confondue avec un fibrome intra-ligamentaire ou une hématocele rétro-utérine.

L'examen abdomino-vaginal permet ensuite de délimiter la tumeur, d'en préciser les rapports. On verra ainsi si la poche pelvienne est surmontée d'une seconde poche abdominale qui dépasse le bord supérieur du pubis et fuit ordinairement vers la fosse iliaque correspondante. Quelquefois, s'il s'agit d'une tumeur en bissac, on pourra sentir la partie rétrécie qui les sépare et la connexion entre les deux parties ; en appuyant sur la tumeur abdominale, on transmet à la poche vaginale une pression qui la fait saillir et basculer dans le vagin. On reconnaîtra aussi si l'hématométrie est à prédominance vaginale.

Ce que dénote surtout un examen attentif, c'est la corne utérine restée perméable ; par le palper combiné,

on sent cette corne sous forme d'un utérus de volume normal se détachant à angle aigu comme une tumeur annexe de la tumeur principale, et fuyant vers le côté opposé du petit bassin. Le volume de la poche hématométrique, la complication d'un hématosalpinx, des adhérences accidentelles, rendent cette recherche difficile. Si elle est possible, il faudra déterminer exactement leurs rapports réciproques ; la corne intacte et la tumeur sont-elles intimement accolées ou reliées par un cordon plus ou moins épais (utérus pseudo-didelphe ou bi-corne), ou bien sont-elles relativement indépendantes (utérus didelphe). S'il s'agit d'un utérus biloculaire (obs. de Werth), la forme extérieure de l'organe n'étant pas modifiée, il faudra avec le plus grand soin déterminer les connexions exactes de la tumeur avec l'utérus, grâce aux procédés d'exploration dont nous allons parler.

Deux procédés d'exploration seront toujours indispensables : *le cathétérisme de la corne utérine perméable* d'abord. Il présente quelques difficultés à cause de la recherche du col qui n'est pas toujours facile. Lorsqu'on réussit à faire pénétrer la sonde, on sera renseigné sur la position, la direction, les dimensions, les rapports du segment utérin intact avec la tumeur.

Nous attachons une grande importance à *l'exploration rectale ordinaire*, ou bien au procédé de Simon, d'Heidelberg, qui consiste à introduire dans le rectum plusieurs doigts. Il permettra mieux que le toucher vaginal de préciser la forme de l'organe, d'explorer sa face postérieure, de reconnaître les traces extérieures de duplicité en cas d'utérus biloculaire d'apprécier

le relief formé par la loge utérine hématométrique.

Un *examen sous anesthésie* pourra quelquefois donner plus de précision au diagnostic et cette investigation est bien légitime, le diagnostic restant souvent en défaut.

On pourra se baser aussi sur la coïncidence *d'autres malformations*, vulvo-vaginales, du col, des voies urinaires, et même d'organes à distance; c'est ainsi que les Allemands, ayant constaté la coïncidence des malformations urétérales, ont proposé la *cystoscopie* pour rechercher si un uretère ne manque pas. Bérard (in thèse Blanchard), fit le diagnostic en se basant sur une malformation concomitante de la main.

A ces signes physiques s'ajoutent ceux fournis par l'évolution de la tumeur : elle grossit à mesure que les douleurs augmentent pendant les jours qui précèdent et suivent immédiatement la fin du molimen menstruel pour, dans la quinzaine suivante, diminuer progressivement, la malade voyant en même temps ses douleurs s'amoinrir.

DEUXIÈME TYPE. — Les signes physiques seront tout différents si l'hématométrie se développe dans une corne utérine rudimentaire. La tumeur volumineuse manque ordinairement; elle est réduite à de petites dimensions, quelquefois même est très difficilement appréciable. D'autre part, dans ces cas, les phénomènes de dysménorrhée unilatérale occupent le premier plan du tableau clinique et sont intolérables. Nous voyons donc que la recherche de la tumeur exige l'attention la plus grande : « les cas sont rares où le diagnostic a été fait » (Goullioud).

Les cornes utérines rudimentaires se présentent, nous l'avons vu, sous trois formes :

1° *Corne rudimentaire pédiculée*. Elle peut être rattachée à l'utérus par un pédicule, sorte de tractus fibromusculaire plein ou canalisé, quelquefois même par un véritable cordon (Lambert, Violet, Pollosson). La tumeur ainsi formée est en général peu volumineuse et varie du volume d'une noix à celui d'une petite orange. Au toucher et au palper combinés, on sent cette masse située sur un des côtés de l'utérus, dont elle est séparée par une échancrure, et qui présente une certaine mobilité ; souvent ces hématométries sont prises pour des annexites.

2° *Corne rudimentaire sessile*. Dans ce cas, il n'y a plus comme précédemment un pédicule allongé reliant l'utérus normal à la corne hématométrique : celle-ci est plus adhérente à la corne principale, faisant une saillie comparable à celle d'un fibrome sous-péritonéal.

3° *Corne rudimentaire incluse dans la paroi utérine*. Plus intéressants encore sont quelques cas exceptionnels où la petite corne rudimentaire était cachée dans l'épaisseur de la paroi utérine, non perceptible au toucher, et où il a fallu la soupçonner pour la découvrir. Parfois même à l'intervention, le chirurgien a un instant de déception en ne constatant pas la corne utérine rudimentaire qu'il croyait trouver : « Je fus étonné, écrit Goullioud, de ne remarquer qu'un peu de congestion du côté des annexes : piqueté vasculaire et apparence d'une légère sclérose inflammatoire du côté gauche. Ce n'est que pendant l'ablation des annexes que je sentis un épaississement du bord gauche de l'utérus dissimulé

par les ailerons du ligament large. Cet épaissement, à peine du volume d'une amande fraîche, pouvait être un petit fibrome où la corne utérine rudimentaire recherchée; la tumeur renfermait une cavité du volume d'un gros pois, tapissée d'une muqueuse et remplie d'un sang noir et épais. »

DIAGNOSTIC

Troubles menstruels, phénomènes douloureux, tumeur sont les grands symptômes qui tracent le tableau clinique de l'hématométrie latérale simple. Ces signes ne se trouvent pas toujours réunis sur le même malade et l'un d'entre eux peut prédominer sur les autres ; nous connaissons en effet les hématomètres de petite dimension ne se traduisant que par des troubles menstruels et des phénomènes douloureux intolérables ; d'autres, par contre, se manifestent par une tumeur de volume variable, au niveau de laquelle on a saisi ou non une contraction. Les difficultés du diagnostic seront donc différentes suivant le type clinique ; aussi pour nous mieux reconnaître, considérerons-nous les deux cas suivants :

1° Les phénomènes dysménorrhéiques sont prédominants.

2° Il existe une tumeur de volume variable :

- a)* On a saisi une contraction à son endroit.
- b)* On n'a pas eu de contraction.

1° LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX SONT PRÉDOMINANTS

Nous avons alors à rechercher à quelle cause nous devons faire remonter ces accidents : « Il nous paraît

difficile, écrit Barnes, de réduire les accidents de la dysménorrhée à de simples troubles fonctionnels indépendants de toute modification de l'appareil génital. Ces lésions sont évidentes dans la plupart des cas et nous ne sommes pas toujours autorisés à les nier quand elles échappent à nos moyens d'investigation. »

Avons-nous affaire à une dysménorrhée ovarienne, utérine, ou à une malformation utérine avec hémato-mètre de petite dimension le plus souvent minuscule, toujours difficile à trouver. C'est vers une de ces trois alternatives que le clinicien devra orienter son diagnostic et le plus souvent ce ne sera point chose facile ; nous insistons sur ce fait qu'il faut soupçonner la lésion pour arriver à la découvrir.

Ce qui caractérise essentiellement la *dysménorrhée ovarienne*, c'est qu'elle porte sur les phénomènes initiaux de la menstruation. Les prodromes des règles augmentent à la fois d'intensité et de durée. Ils apparaissent quelques heures, un ou deux jours avant le flux sanguin, quelquefois beaucoup plus tôt ; ils se manifestent par des tiraillements dans la région lombaire, des sensations de pesanteur dans le bas-ventre qui s'accompagnent d'élancements vers la partie inférieure des fosses iliaques. Ces malaises font place bientôt à des douleurs parfois excessivement violentes ; elles sont localisées d'abord dans les régions ovariennes puis s'étendent peu à peu à la totalité de l'abdomen qui est dur, météorisé et supporte à peine la plus légère pression. Ces phénomènes s'accompagnent de nausées, de vomissements, de diarrhée avec ténésme rectal, ou de contractions spasmodiques de l'intestin entraînant une

constipation absolue. Ces malades ont une tendance très marquée à s'agiter, à se déplacer dans tous les sens : elles passent de la position couchée à la position assise, et se livrent même à des contorsions bizarres, comme si un changement d'attitude devait leur procurer quelque soulagement.

L'évolution de chaque crise varie non seulement d'une femme à l'autre, mais chez la même femme, suivant les circonstances. Tantôt elle est unique, continue, les douleurs conservant toute leur acuité, depuis le début, et cessant dès l'apparition de l'écoulement sanguin. Tantôt elle procède par poussées successives, se renouvelant plusieurs fois dans la même journée. Parfois les malaises persistent un ou deux jours et ne disparaissent que peu à peu.

Lorsque la dysménorrhée ovarienne commence avec les premières menstruations ou dans les années qui suivent immédiatement la puberté, elle est en rapport avec un état défectueux des ovaires : aplasie glandulaire, persistance de l'état infantile, dégénérescence scléreuse ou scléro-kystique. Aussi la dysménorrhée est fréquente lorsque la puberté est tardive, et elle coïncide souvent avec des irrégularités menstruelles.

M. le D. Roux de Brignolles (1), chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, a, dans un long mémoire, tracé le tableau de la *sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause*. Il écrit : « Les douleurs et les troubles menstruels dominent le tableau symptomatique. Les signes physiques ont beaucoup moins d'import-

(1) ROUX DE BRIGNOLLES, Sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause, 78 p., ch. Vigot frères, Paris, 1909.

tance et cela se comprend, car les lésions de sclérose sont avant tout des lésions microscopiques qui donnent peu de prise aux moyens d'investigation clinique. »

Les douleurs, élément dominant de l'affection, se manifestent au début au moment des règles : l'arrivée du flux se fait avec des crises accompagnées de vomissements, de diarrhée, de syncope avec pouls filiforme et facies hippocratique, avec des phénomènes de péritonisme, puis tout rentre dans l'ordre. Mais à mesure que l'affection évolue, la douleur ne cesse jamais complètement et prend une acuité significative à époques fixes, ordinairement dix à quinze jours avant le retour de la période : c'est la *crise intersmenstruelle* ; la malade la ressent brusquement dans tout le petit bassin, sans prodromes quelle que soit l'occupation à laquelle elle se livre (on l'a vu se manifester pendant le repos horizontal, dans un bain). La régularité d'apparition est telle qu'une des opérées de M. Roux le suppliait de devancer l'opération d'un jour, sachant que la crise se produirait inévitablement le lendemain. La sensation douloureuse rappelle celle que détermine la torsion d'un organe abdominal.

Les troubles menstruels sont fréquents : les règles sont avancées ou plus rarement retardées (forme douloureuse), présentent des modifications dans leur durée, parfois telles que, comme dans certains fibromes, il n'y a entre la fin d'une période et la suivante que quelques jours de répit. Parmi ces troubles ceux qui attirent le plus l'attention sont donc sans contredit les hémorragies.

Quant aux signes physiques, ils donnent en général

peu de renseignements, à moins qu'il n'existe des lésions des trompes concomitantes (hydrosalpinx) ou des ovaires (kyste relativement volumineux). Au palper, on demandera de préciser le maximum de la douleur ; au toucher, de nous renseigner sur l'existence d'un ovaire prolabé par l'éveil de la douleur spéciale que Gallard a appelé douleur exquise. Le palper bimanuel, souvent rendu difficile par la défense musculaire, résultant de la douleur, le toucher rectal, nous permettent d'apprécier l'état de l'utérus : ordinairement plus volumineux que la normale, il est aussi constamment induré souvent, dévié et plus fréquemment fléchi, on peut y rencontrer toutes les déviations

La *dysménorrhée utérine* est celle qui répond à la phase utérine de la menstruation dans un utérus unique. Elle résulte d'un obstacle à l'écoulement du sang et quelquefois des conditions dans lesquelles le sang transsude à la surface de la muqueuse. La crise débute un peu plus tard que dans la dysménorrhée ovarienne : après des prodromes normaux de durée moyenne, on voit apparaître quelques gouttes de sang à la vulve ; c'est alors que les accidents éclatent parfois avec une soudaineté saisissante. Aux douleurs abdomino-lombaires, s'ajoutent des coliques utérines, des douleurs extrêmement vives que l'on a comparées aux souffrances de l'accouchement. Si l'on examine la malade en pleine crise, la palpation minutieuse de l'abdomen, combinée au toucher vaginal ou rectal, permet de sentir le corps utérin globuleux, en contracture. Au bout de quelques heures la malade expulse un caillot de volume variable qui est moulé sur la cavité utérine ; c'est alors que se

produit la détente. Le sang s'écoule avec plus de facilité et s'il persiste encore quelques malaises, ceux-ci sont légers. Ces accidents reviennent à chaque époque menstruelle, leur intensité seule varie. Quelquefois cependant l'aménorrhée est complète, seules des douleurs périodiques extrêmement pénibles sont observées.

Ils relèvent de deux lésions fréquentes chez les jeunes femmes : une flexion très prononcée de l'organe, une sténose du canal cervico-utérin.

La *flexion utérine* est facile à reconnaître, et c'est à elle que l'on attribue les accidents douloureux dus à l'hématométrie, car souvent dans un utérus double, la corne restée ouverte est rétrofléchie et globuleuse : la petite corne hématométrique échappe alors complètement à l'examen si on ne soupçonne pas son existence.

De même les accidents dus à une *sténose*, ou à une *imperforation du canal cervico-utérin* pourront donner le change. S'il s'agit d'une sténose, aux douleurs violentes suivies de l'expulsion de quelques gouttes de sang seulement, se joindront les signes fournis par un examen gynécologique, l'hystéromètre ne pénétrant qu'avec difficulté par un canal étroit et sinueux jusqu'au fond de l'organe.

Les cas d'*imperforation* concernent des femmes arrivées à la période adulte, présentant une aménorrhée complète et en même temps des douleurs périodiques extrêmement pénibles ; à l'examen on trouve des mortifications du vagin, parfois rudimentaire (4 cas sur les 6 observations publiées par Goullioud), du col : à l'hystérométrie, tantôt toute la cavité cervicale a disparu et

le col ne présente aucune cavité apparente (imperforation de l'orifice externe), tantôt la cavité cervicale est plus ou moins bien constituée et permet un cathétérisme de 3 à 4 centimètres (imperforation de l'isthme). L'utérus lui-même présentera au palper bi manuel des aspects variés suivant qu'il renfermera un petit hématomètre, et alors son volume sera peu modifié, ou bien il sera distendu par une collection hématique importante et formera un globe plus ou moins considérable.

Si nous avons longuement insisté sur ces faits, c'est qu'il nous paraît bon de rappeler que les hématomètres de petites dimensions sont chose grave, et qu'il faut toute l'attention du clinicien pour remonter à la cause de ces phénomènes douloureux qui font l'existence pénible, intolérable même. Malgré tout, le bistouri aura souvent le dernier mot : ces femmes, en pleine jeunesse et en pleine activité génitale, réclameront d'elles-mêmes une intervention qui les débarrassera de leurs maux.

2° IL EXISTE UNE TUMEUR DE VOLUME VARIABLE

Seconde éventualité, l'existence d'une tumeur dont on a pu apprécier les dimensions et la consistance ; nouvelle difficulté d'interprétation, on a senti une ou plusieurs contractions à son endroit.

A. *On a saisi une ou plusieurs contractions.* — S'agit-il d'une grossesse dans un utérus mal formé ou d'une grossesse ectopique (angulaire, tubaire) Non seulement la fécondation est possible en pareil cas, mais encore les femmes dotées de ces anomalies sont parfois très fécondes.

Nous étudierons d'abord la grossesse dans les utérus franchement doubles (didelphe (1), pseudo-didelphe).

La grossesse évoluant, d'une façon générale, les règles cessent des deux côtés. Mais il existe des cas où l'indépendance physiologique entre les deux utérus s'est marquée par la persistance des règles pendant la gestation. Henderson l'a remarqué une fois, et il considère le fait comme un bon signe de duplicité utérine. Une femme viendra donc consulter parce qu'elle a senti se développer dans le bas-ventre une tumeur s'accompagnant de phénomènes divers (malaises généraux, vomissements, sensation de tiraillements douloureux), et comme les menstrues n'ont pas cessé, elle ne se croit pas enceinte. Le diagnostic d'ailleurs ne présente de sérieuses difficultés, tant que les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. Seules les constatations fournies par le toucher pourront avoir alors quelque importance. Tandis que dans la grossesse, le toucher nous montre le col de l'utérus vide, ramolli, parfois raccourci, entr'ouvert, plus ou moins dilaté, parfois occupé par un bouchon muqueux, dans l'hématométrie il est petit et dur, et la tumeur fait une saillie plus prononcée dans le vagin. L'évolution viendra trancher le différent, l'avortement étant plus fréquent que dans l'utérus normal. Bousquet signale la possibilité d'un hématomètre dans l'utérus opposé à la corne gravide : on sentirait alors deux tumeurs juxtaposées : ce sont des raretés cliniques que nous nous contentons de mentionner.

La corne accessoire d'un utérus bicorne (2) peut de-

(1) BOUSQUET, Thèse Montpellier, 1901-1902, n° 76.

(2) COHN, La grossesse dans la corne accessoire de l'utérus bicorne unicervical, *Revue de Chirurgie et Gynécol. abdom.*, 1909, pp. 1 à 30.

venir gravide, que son pédicule soit canaliculé ou solide. Dans le premier cas, le spermatozoïde pénètre directement dans la cavité de la corne accessoire pour féconder l'ovule. En cas de pédicule solide, l'œuf peut provenir de l'ovaire du côté sain : le spermatozoïde traverse la trompe, rencontre et féconde l'ovule au niveau de son ovaire, et l'œuf ainsi fécondé émigre vers la trompe de la corne accessoire, y pénètre, pour aller se développer dans la cavité de cette dernière. Mais si l'œuf provient de l'ovaire de la corne accessoire, le spermatozoïde se trouve obligé de traverser la cavité péritonéale pour aller le féconder au niveau de l'ovaire du côté malade. La possibilité de ces transmigrations fut longtemps ignorée, et devint un fait démontré grâce à l'expérience de Léopold (1) qui, ayant extirpé l'ovaire d'un côté, lié et sectionné la trompe de l'autre, vit la fécondation se produire.

Ici encore le diagnostic différentiel ne sera difficile qu'avant l'apparition des bruits du cœur fœtal. Il sera basé sur la reconnaissance des phénomènes plastiques sympathiques du côté de la corne bien développée ou principale.

Celle-ci s'hypertrophie, prend la forme cylindrique ou piriforme, change également de direction, et les deux cornes de divergentes tendent à devenir parallèles (Cohn), une caduque s'y développe : d'ordinaire elle est expulsée en même temps que la rupture du kyste ou la mort du fœtus, mais d'autre fois est éliminée tandis que le fœtus continue encore de vivre. Le bouchon muqueux du col ne manque pas, et l'on constate les

(1) LÉOPOLD, *Archiv. f. Gynæk*, Bd XVI.

modifications du col signalées plus haut. Enfin la recherche des phénomènes réflexes qui accompagnent toute grossesse normale est indispensable. Une exploration minutieuse n'est pas toujours possible, l'état général de la femme fébrile et l'état local douloureux par irritation péritonéale ne le permettant pas. Si ce kyste fœtal peut être isolé par le palper, l'insertion des annexes en dehors et à la partie antérieure du kyste, surtout du ligament rond hypertrophié, facilement palpable et roulant sous les doigts, constitue un bon signe de grossesse dans une corne rudimentaire.

L'évolution de cette grossesse est intéressante à connaître. Si la rupture est fréquente, l'évolution à terme peut se produire ; mais ce qui doit retenir notre attention, c'est la mort du fœtus, le kyste fœtal revient sur lui-même, et subit des modifications telles, qu'il devient méconnaissable ; son volume diminue par résorption, les parois se rétractent et compriment le contenu de telle façon, que la tumeur devient dure et uniforme et ressemble à un fibrome. De plus, *la contractilité des parois persiste quelquefois longtemps après la mort du fœtus*, 12 mois dans un cas de Smoler (1), 5 dans celui de Targett (2).

Nous serons plus bref, en ce qui concerne les grossesses ectopiques en cas d'utérus normal.

L'œuf peut se greffer dans l'angle de l'utérus, *grossesse angulaire* : dans les premiers mois, la corne utérine subit seule les modifications propres à la gravidité. C'est ainsi

(1) SMOLER, Zur Kapeistik der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn, *Prag. Med. Woch.*, 1897, nos 31-33.

(2) TAYETT, Full term pregnancy in a rudimentary horn of uterus, *London Transact.*, 1901, vol. XLIV, p. 276.

que l'hypertrophie et le ramollissement se localisent à la région au niveau de laquelle l'œuf est inséré. Il en résulte un développement irrégulier de l'utérus, et jusqu'à la 8^e ou 10^e semaine, le produit de la conception reste dans la corne et n'envahit que lentement le corps utérin. Dès lors, l'utérus se distend peu à peu, et du 3^e au 4^e mois, son développement redevient régulier. Quand on pratique le toucher et le palper combinés en pareil cas, on trouve un utérus dur, avec col peu ramolli, sur le côté duquel est flanquée une tumeur arrondie, molle, pâteuse, quelquefois semi-fluctuante, se contractant à intervalles irréguliers, qui paraît faire corps avec lui. La grossesse ainsi développée s'accompagne souvent de signes sur lesquels Bar a insisté : il existe généralement des douleurs abdominales dues à la contraction utérine qui lutte pour rétablir l'équilibre. En même temps surviennent des métrorragies et même des débris de caduque plus ou moins volumineux.

On pourra songer encore à une *grossesse tubaire*. En effet, dans la grossesse tubaire comme dans certaines hématométries latérales, on observe la suppression des règles, la formation d'une tumeur juxta-utérine, l'apparition de douleurs survenant surtout au moment de la menstruation ; mais à un examen plus approfondi, on trouvera que la tumeur constatée n'adhère pas à l'utérus, n'est pas mobile avec lui, que le col utérin est mou, le vagin de coloration violacée, présentant la couleur dite épiscopale. Cette tumeur, constituée par le sac fœtal, a un volume variable suivant l'âge de la grossesse. Elle envahit le cul-de-sac latéral et la cavité de Douglas. Elle est rénitente, peu douloureuse, la vascularisation de la région est intense,

aussi il n'est pas rare de sentir un pouls vaginal très net dans le cul-de-sac, correspondant à la lésion. Il faut aussi attacher une importance clinique considérable aux écoulements sanguins que l'on observe alors : le plus souvent il s'agit de pertes noirâtres, couleur marc de café, peu abondantes ; dans d'autres cas, le sang est rouge comme celui des règles ordinaires. Malgré tout, le diagnostic restera souvent fort délicat.

B. *On n'a pas eu de contraction.* — La consistance de l'hématométrie étant variable, liquide ou solide, nous aurons à la différencier des tumeurs présentant des caractères identiques.

On a reconnu la présence d'une tumeur liquide, quelle est sa nature ? Rappelons que la poche sanguine est intraligamentaire, donc à peu près immobile et qu'elle fait une saillie très accusée dans le vagin.

Ce dernier caractère pourra prêter à confusion avec un kyste du vagin haut situé, un hémato-colpos partiel supérieur.

Les *kystes du vagin* (1) siègent le plus souvent sur le tiers supérieur de la paroi antérieure ou postérieure ; leur volume est médiocre, mais ils peuvent parfois remonter très haut dans le ligament large. Ils sont en général fort bien tolérés, n'amènent aucun trouble et leur volume seul peut constituer une gêne.

Les kystes paravaginaux tirent leur origine du canal de Gartner ou dans des tronçons du canal de Müller, incomplètement oblitéré, ou dans des diverticules d'un de ces canaux. Ils sont globuleux, réguliers, indolents,

(1) MARION, Les kystes du vagin, *Gaz. Hôp.*, 1902.

tendus et tangents au vagin. Ils ont un développement lent qui ne ressemble en rien à celui de l'hématométrie. L'erreur sera cependant difficilement évitable en cas d'hématométrie cervicale : elle fut commise par Pollosson dans l'observation que nous avons rapportée.

L'hématocolpos partiel supérieur (variété de l'hématocolpos latéral (1) est constitué par l'oblitération d'un conduit mullérien (le droit le plus souvent) à sa partie moyenne. Cette portion creuse du canal vaginal n'a guère plus de 4 à 5 centimètres en moyenne, mais par une distension progressive, elle prend facilement les dimensions d'un gros poing d'adulte et même davantage. La collection en se développant refoule le vagin normal latéralement, peut déplacer l'utérus en avant ou en arrière, comprimer la vessie et même l'intestin. Elle s'applique aux parois du pelvis inférieur, s'insinue dans le bassin en repoussant *en haut*, le ligament large et le tissu sous-péritonéal. L'hématocolpos peut rester isolé, même si la collection persiste indéfiniment, soumise à des alternatives de recrudescence pendant la menstruation et de diminution dans l'intervalle : Vautrin insiste tout particulièrement sur ce fait. Dans ce cas la communication entre la cavité utérine et le vagin fermé ne s'entr'ouvre que sur la poussée menstruelle de haut en bas, et résiste à toute contre-pression de bas en haut. Cliniquement, cet hématocolpos se rencontre dans des conditions en apparence normales avec un vagin d'aspect ordinaire et un col bien conformé. Il a comme siège la

(1) VAUTRIN, L'hématocolpos latéral dans les cas de malformation utéro-vaginale, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, août 1912, p. 449.

région paravaginale dans toute l'étendue de la partie moyenne du vagin au ligament large refoulé vers le haut ; il se développe au moment de la puberté ou plus tardivement, à l'occasion des règles, et devient douloureux par l'excès de tension du liquide hémétique, ou par l'infection propagée. La ressemblance clinique avec une hématométrie cervicale est donc grande : mais la collection sanguine utérine est plus haute dans le pelvis et ne présente pas la fixité absolue de l'hématocolpos : en aucun cas ce dernier n'offrira la mobilité.

Un kyste de l'ovaire, du parovaire, sera difficilement confondu avec une hématométrie simple. En effet, une tumeur de l'ovaire peut bien s'accompagner de troubles (irrégularités menstruelles, dysménorrhée, métrorragie), traduisant l'état fonctionnel de la glande, et refouler latéralement l'utérus, s'il se développe entre les deux feuillets du ligament large ; mais l'augmentation de volume est indépendante de l'époque menstruelle, elle est indolore, et théoriquement du moins plus dépressible qu'une poche hématométrique. Dans quelques observations cependant, on note la confusion avec un kyste ovarique suppuré (Cullingworth) (1) ; avec un kyste du ligament large (Bellingham Smith), avec un kyste à deux lobes (Staude) (2) : l'auteur ne songea pas à une hématométrie, car la femme avait pendant 17 ans été toujours bien réglée, sans aucun phénomène particulier.

Le diagnostic d'avec *une annexite* est délicat et l'erreur

(1) EULLINGWORTH, On retention of menstrual fluid in case of bicornate uterus from unilateral atresia of uterus or vaginal, *Amer. Journal Obst.*, juin 1893, p. 817.

(2) STAUDE, Observation L, in thèse de Gross.

souvent commise, l'annexite étant d'autant plus fréquente que l'hématométrie est rare. La tumeur annexielle peut être bas située et simuler l'hématométrie ; dans l'un et l'autre cas l'utérus peut être déplacé, refoulé de côté. La forme de la tumeur annexielle est parfois plus irrégulière, bosselée ; de plus, les connexions avec l'utérus ne sont pas les mêmes. La corne utérine hématométriée est réunie à la deuxième corne au niveau du col, tandis que la tumeur annexielle rejoint en général l'utérus plus haut, est séparée de lui par un sillon. Les affections tubaires sont souvent bilatérales. Les règles sont irrégulières, douloureuses, diminuées, mais elles persistent en général. De plus, la malade a des pertes blanches qui sont rares dans la symptomatologie de l'hématométrie. Enfin les douleurs à la pression sont plus intenses dans les salpingites ; les douleurs spontanées n'ont pas ces exacerbations mensuelles coïncidant avec l'époque des règles et l'accroissement de la tumeur ne subit pas de poussées brusques à ce moment.

Cependant, il est certaines formes d'annexite unilatérale qui conservent une certaine mobilité et qui pourraient en imposer pour une hématométrie développée dans une corne utérine pédiculée. L'étude attentive des antécédents, la recherche de la fluctuation plus franche dans l'annexite, et surtout la douleur à la pression plus exquise en pareil cas, rendront l'erreur moins évitable.

Signalons aussi l'*Hydrosalpinx* qui accompagne fréquemment la sclérose utéro-annexielle. En pareil cas, phénomènes dysménorrhéiques accentués et tumeur juxta-utérine sont bien faits pour tromper l'observateur.

Une dernière éventualité se présente : nous avons constaté une tumeur solide ; l'hématométrie peut en imposer pour plusieurs affections.

Tout d'abord, l'idée d'un *fibrome* est la première qui vienne à l'esprit, toutes les variétés du fibrome pouvant simuler les divers types d'hématométrie.

La rétention sanguine s'est-elle développée dans un utérus biloculaire (la forme extérieure de l'organe n'étant pas modifiée), elle ressemblera à un fibrome développé aux dépens du corps utérin. Y a-t-il une corne hématométriée sessile, c'est à un fibrome sous-péritonéal sessilé que l'on songera. La corne atrésiée est-elle réunie à la corne principale par un pédicule permettant sa mobilité en tous sens, ne peut-on pas la prendre pour un fibrome pédiculé ? L'erreur est encore plus facile s'il s'agit d'une hématométrie développée dans une moitié d'utérus franchement double : on croira à un fibrome du col (Vineberg), à une tumeur fibreuse incluse dans le ligament large.

Ces diverses variétés de tumeurs fibreuses sont en général silencieuses, car elles se développent loin de la muqueuse utérine et ne se traduisent pas par des métrorragies abondantes. Il faudra, toutefois, se rappeler que le fibrome a, en général, une consistance plus dure, n'est pas douloureux à la pression et a un développement plus lent, en rapport moins évident avec la menstruation.

Une dernière erreur est à éviter : elle consiste à prendre la poche sanguine pour une *hématocèle rétro-utérine*. On dit avec juste raison que l'hématométrie s'observe plus volontiers chez de jeunes femmes nulli-

pares ou des jeunes filles, que l'hématocèle atteint plus fréquemment des femmes plus âgées qui ont eu des enfants. Il ne faut pas oublier cependant que, hémato-cèle n'égale pas toujours, selon une formule trop rigoureuse, rupture de grossesse extra-utérine, mais qu'au contraire elle peut être provoquée par la rupture de certains kystes hémorragiques de l'ovaire (Tartanson) (1) (Charrier) (2). Ceci dit, il existe des différences appréciables entre les deux affections.

En cas d'hématocèle on trouve la tumeur située dans le cul-de-sac de Douglas; elle est arrondie, peu mobile, réfole l'utérus en avant et parfois l'élève, le fixe, l'entoure. L'hématométrie par contre donne lieu à une tumeur piriforme et plus mobile, latérale, résistante, ou fluctuante (à moins qu'elle ne soit très ancienne), alors qu'une hémato-cèle datant de quinze jours ne présente plus une fluctuation vraie. Le début des accidents peut être brusque dans l'une et l'autre affection; par contre, les suites et la marche diffèrent. L'hématocèle en général durcit, diminue de volume, devient de moins en moins sensible; l'hématométrie au contraire augmente progressivement de volume, devient de plus en plus tendue et douloureuse.

Signalons enfin la possibilité de confondre la poche sanguine ancienne avec des *tumeurs solides des trompes* ou de *l'ovaire*.

(1) TARTANSON, Thèse Lyon, 1908-1909.

(2) CHARRIER, Les kystes hématiques de l'ovaire, *Gaz. Hôpît.*, 8 février 1913, p. 245.

ÉVOLUTION, COMPLICATIONS, PRONOSTIC

Les deux causes de l'hématométrie persistant, le kyste sanguin ainsi formé augmentera de volume. L'hématométrie suit une marche progressive, et son accroissement, bien que lent et par étapes successives, ne paraît jamais susceptible de cesser, à moins d'un arrêt de la menstruation. Nous savons cependant qu'il existe parfois sur la cloison intercervicale un orifice, de calibre souvent très réduit, mais susceptible de permettre l'évacuation dans la corne restée ouverte, d'une partie du contenu de l'hématome : cet écoulement n'est jamais suffisant pour faire disparaître en entier l'hématométrie.

Des complications surviendront et parmi elles, la première en date, est l'hématosalpinx. Nous n'avons pas à nous en occuper dans ce travail, où nous avons parlé seulement de l'hématométrie latérale simple. Nous rappellerons toutefois qu'il est l'origine d'une partie des douleurs périodiques et des poussées péritonéales de voisinage : de plus par son volume qui dépasse souvent de beaucoup celui de la rétention sanguine, il amène des troubles de compression. On connaît enfin le grand danger de son infection et de sa rupture.

Accidents de compression, de rupture, d'infection, telles sont les trois complications que pourra présenter le type d'hématométrie que nous avons décrit.

Les premiers sont ceux qu'occasionne toute tumeur intra-ligamentaire. Ils sont très peu marqués, moins accentués que s'il existe un hématosalpinx ou un hématoocolpos : la compression de la vessie, du rectum produiront de la rétention d'urine ou de la pollakiurie, une constipation plus ou moins opiniâtre.

Les seconds dépendent de l'accroissement progressif de la tumeur, sa résorption paraissant impossible. Tantôt il y a une véritable rupture, un éclatement par exagération de la pression sanguine sous l'influence d'un effort, tantôt perforation par inflammation et sphacèle.

Cette rupture peut se faire en divers sens. Le mode qui semble le plus fréquent est l'ouverture de l'hématome dans la moitié utérine non atrésée (1) ou dans le vagin (2). Nous savons, en effet, que la tumeur fait une saillie très accusée dans le cul-de-sac vaginal, et qu'à ce niveau l'épaisseur de la paroi est diminuée, plus faible qu'ailleurs. Si l'ouverture reste permanente, la collection peu à peu se videra et la guérison pourra survenir. Il arrive parfois que l'orifice de rupture se ferme à nouveau et que la collection sanguine se reproduise avec danger de perforation au niveau de la cicatrice. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que toute rupture d'un hématomètre dans le vagin constitue un grand danger d'infection de la poche.

(1) BREISKY, *Archiv. f. Gynæk.*, Bd II, 1871, p. 85.

(2) SCHNOEDER, *Zeitschrift. Geburts u. Gynæk.*, 1884, Bd VIII, p. 202.

Dans le tissu cellulaire pelvien, la poche sanguine a quelquefois tendance à s'évacuer et il y a formation d'une hématoecèle péri-utérine ; le fait a été signalé par Haultain (1) : la corne surdistendue a fini par se rompre et le sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire du ligament large. Ainsi s'est formée une masse, de consistance molle, à contours indistincts, du volume d'une orange, qui fut prise pour une annexite droite.

Freund rapporte une observation très curieuse de rupture spontanée, par la paroi abdominale, d'une hématométrie survenue dans la corne d'un utérus bi-corne. Les téguments de l'abdomen s'enflamment et se colorent au-devant de la tuméfaction, dit-il. Un praticien expérimenté croit à une tumeur ovarique qui tendrait à s'ouvrir spontanément, il l'incise, une grande quantité de liquide brun foncé s'écoule, et quelque temps après la malade, qui n'avait jamais été réglée, voit toutes les trois semaines les règles s'écouler par l'orifice artificiel (2).

L'évacuation dans un viscère abdominal a été signalée, Meyer cite une observation de perforation dans l'intestin grêle avec accidents infectieux consécutifs mortels, une autre, d'ouverture dans le rectum sans conséquence fâcheuse.

Quant à la perforation dans la cavité abdominale, ses conséquences varient selon la quantité, la rapidité et la nature de l'épanchement. L'orifice de perforation est-il étroit, l'épanchement minime et se fait-il lentement,

(1) HAULTAIN, *British Medical Journal*, 1900, n° 2056, p. 1279.

(2) FREUND, Beiträge zur Pathologie des doppelten uterus bennatkoals, *Zeitschrift für Geburt. und Gynæk.*, Bd I, 1877, p. 231.

il peut y avoir résorption du liquide au fur et à mesure de sa production et il n'en résultera que des accidents péritonéaux et des adhérences. L'épanchement est-il plus abondant, comme dans le cas d'Olshaunen (3), il y aura hématocele intra-péritonéale. Naturellement si le contenu de la poche rompue est septique, il apparaîtra des accidents péritonéaux d'autant plus rapidement mortels que le contenu de la tumeur sera plus virulent.

La transformation d'une hématométrie en pyométrie se fait sous l'influence d'une infection génitale banale, blennorragique, puerpérale. Elle se traduit par les symptômes habituels de toute infection septique en cavité close : mouvement fébrile avec ou sans frisson, température, accélération du pouls ; la poche tendue, douloureuse, augmente de volume. Si le foyer n'est pas largement ouvert, si l'écoulement reste difficile, des accidents de rétention et d'infection générale graves pourront s'ensuivre.

Le pronostic de l'hématométrie latérale simple, est donc sérieux : il présente toutefois moins de gravité qu'avec concomitance d'un hématosalpinx qui crée des dangers d'infection et de rupture plus certains. La loge ou corne utérine dilatée résiste bien et pendant longtemps à la pression excentrique sur ses parois à laquelle celles-ci répondent par une hypertrophie protectrice de leurs éléments musculaires ; mais les accidents signalés plus haut peuvent se produire, et les phénomènes douloureux persistant font de la malade

(3) Observation in Meyer (*loc. cit.*).

une infirme. Ces douleurs sont plus vives encore, intolérables disent certaines femmes, pareilles à celles de l'enfantement, disent d'autres, dans l'hématomètre minuscule : aussi ces malheureuse acceptent-elles d'emblée une intervention qui doit mettre un terme à leurs souffrances.

Tel est le but du traitement chirurgical.

TRAITEMENT

« L'indication opératoire, dans ces cas d'hématométrie, compliquant la bifidité utérine, est fournie par les symptômes douloureux de l'affection et ses complications possibles. » Goullioud.

Le traitement médical de l'affection n'est plus qu'un traitement d'attente, une préparation à l'acte opératoire. Il comprend le repos au lit, les injections vaginales chaudes, l'usage des divers antispasmodiques.

Une intervention chirurgicale seule peut donner la guérison.

Le traitement chirurgical a varié suivant les époques. Timide au début, et un peu aveugle, il est devenu plus audacieux et éclairé, avec les conquêtes de la chirurgie moderne.

Dans une première période, à l'époque, à l'époque de Boyer (1), on évacuait par la ponction, les collections sanguines intra-utérines lorsqu'elles déterminaient des accidents graves et étaient facilement accessibles, mais l'abstention était la règle. Plus tard, on remplace la ponction par l'incision par le vagin, comme le fait Neugebauer (2) et comme le recommande Meyer. La

(1) BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*, t. V, p. 827.

(2) NEUGEBAUER, *Arch. für Gynæk.*, 1876, Bd II, p. 246.

mortalité diminue peu à peu et les résultats sont encore meilleurs, lorsque Freudentberg conseille en 1879 de suturer la muqueuse vaginale à la muqueuse de la poche utérine.

A cette période de traitement par la voie basse en succède une seconde par la voie haute. Les opérateurs y sont conduits, grâce aux perfectionnements chirurgicaux, pour deux raisons : 1° pour faire un diagnostic précis (laparotomie exploratrice pouvant devenir le premier temps du traitement) ; 2° pour traiter des poches sanguines haut placées et qu'on ne pouvait atteindre par la voie vaginale ; 3° pour conserver à la femme si possible sa vie génitale, en gardant partie ou totalité des ovaires

Ainsi donc, *les méthodes vaginales* sont actuellement abandonnées ; il nous paraît nécessaire cependant de raconter brièvement leur histoire qui a été faite longuement par Cross dans sa thèse.

1° La ponction : très grave avant la période antiseptique (mortalité de 52 % avant 1880), dangereuse encore plus tard (22 % de 1880 à 1890), elle comporterait moins de gravité de nos jours. Elle n'en reste pas moins aveugle et inefficace : une première ponction doit être suivie de ponctions successives qui favorisent l'infection de la poche sanguine et n'amènent jamais une guérison durable.

2° L'incision ; elle donne des résultats durables plus satisfaisants : sur 23 observations traitées par l'incision dit Gross, 18 fois une intervention unique a suffi. Pour qu'elle soit vraiment efficace, n'exposant pas à la récurrence, il faudra une incision large, même avec excision de

la paroi du segment inférieur de la corne hématométrisée, ou mieux encore, suivant le procédé de Schröder, suturer la muqueuse de la poche utérine à la muqueuse vaginale. Le grand inconvénient de cette intervention est de laisser subsister l'hématosalpinx quand il existe et favoriser sa rupture pendant les manœuvres opératoires. L'incision vaginale n'a, somme toute qu'une seule indication précise : c'est la suppuration de la poche hématométrisée.

Les interventions abdominales varient elles-mêmes, suivant le type de la malformation, le volume et l'ancienneté de l'hématométrie, et comportent des difficultés inégales. Les unes sont conservatrices, les autres mutilatrices.

Opérations conservatrices.— La première d'entre elles n'est qu'une méthode d'exception : c'est la *marsupialisation* de la tumeur, lorsqu'elle est trop adhérente et que son extirpation pourrait être dangereuse (en cas de suppuration par exemple). Dans les observations où pareille conduite fut suivie, on dut secondairement établir une communication fistuleuse par le vagin (Howitz, Frœlich-Delbet).

Par la *salpingectomie unilatérale*, on peut arriver, grâce à la suppression de l'ovaire correspondant à la cavité utérine atrésisée, à faire cesser l'apport mensuel de sang, et à favoriser ainsi la disparition progressive de l'hématométrie. Il semblerait au premier abord que cette intervention fût satisfaisante, or il n'en est rien. Lœklein nous a appris que, sous l'influence de la congestion mensuelle, l'exhalation sanguine, non seulement a lieu du côté intact, mais peut toujours se produire dans la loge,

siège de l'hématométrie. Il est donc nécessaire de pratiquer la castration double pour être certain d'obtenir une guérison définitive.

Schröder, préconisa en 1882, la salpingectomie unilatérale, combinée à l'ouverture de l'hématométrie par le vagin. Cette méthode a donné des guérisons à Schröder, Vignard, Withhauer et Fuld et pourra rendre des services quand l'ablation de l'utérus atrésié paraîtra trop difficile ou contre-indiquée pour une raison quelconque.

L'*hémihystérectomie*, quand elle est possible, est l'opération de choix, mais elle n'est applicable que si la poche sanguine peut être séparée sans trop de difficulté de la corne principale. Les notions anatomiques que nous avons données au début de ce travail seront donc de la plus grande utilité.

A-t-on affaire à un utérus bicorne avec corne rudimentaire ? La corne peut être pédiculée, reliée à l'utérus par un tractus fibro-musculaire : rien n'est plus simple que de le sectionner et d'extirper la tumeur comme une annexite, avec laquelle, nous le savons, on la confond si souvent.

Si la corne est sessile, adhérente à l'utérus, ou même plus ou moins enclavée dans l'épaisseur de sa paroi, l'intervention pratiquée sera très comparable à une myomectomie pour fibrome sous-péritonéal et sessile. Il faudra réparer la brèche faite par une ou deux sutures au catgut, sans oublier qu'une grossesse peut à la rigueur se développer dans l'utérus perméable qu'on laisse ; aussi la suture devra être telle, qu'il n'en résulte pas un point faible dans la paroi de cet utérus conservé, pouvant exposer à des accidents de rupture.

Dans une cavité utérine, normalement développée, l'utérus didelphe par exemple, l'hémihystérectomie est encore, en principe, l'acte opératoire de choix. L'occlusion qui a donné naissance à la rétention sanguine peut siéger à l'isthme ou à l'origine externe du col, d'où des difficultés graduées.

S'il s'agit d'une hématométrie corporéale, l'atrésie s'étant produite au niveau de l'isthme, on aura somme toute une opération facile, que l'on terminera par une section au niveau du col utérin, et comparable à une hystérectomie subtotale pour fibrome : le professeur Quénu, dans un article important paru dans la *Revue de chirurgie* en 1906, discute longuement cette question du choix entre l'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale en cas d'utérus didelphe : c'est le siège de l'imperforation qui dictera le mode opératoire.

Le plus souvent, c'est au niveau de l'orifice externe du col que siège l'atrésie. Il se forme un hématomètre cervical, de dimensions supérieures à celles de la cavité utérine, en raison de l'inégalité dans l'épaisseur et dans l'extensibilité des parois. La tumeur due à la distension du col est enfouie profondément dans le bassin, fait une forte saillie dans le vagin, contracte souvent des adhérences avec les organes voisins et change les rapports de ceux-ci. Elle devient difficile, impossible même à énucléer par le ventre, il convient alors de recourir soit à l'hystérectomie totale, soit à des opérations complexes abdomino-vaginales. Le temps opératoire vaginal aura lieu dans la même séance ou dans une séance ultérieure ; c'est ainsi que Quénu après avoir fait une hémihystérectomie supra-vaginale, dut, dans une opéra-

tion secondaire, drainer et fistuliser par le vagin un hématomètre persistant de la cavité cervicale. C'est le procédé de Schræder (suture des deux muqueuses vaginale et utérine) qui donne alors le plus de sécurité.

Il nous reste à signaler une dernière méthode conservatrice : c'est *l'hystérectomie totale avec conservation d'un ovaire ou des deux* ; le rôle fonctionnel de ces glandes est en effet de première importance dans la vie de la femme, et l'une d'elle au moins doit être conservée lorsque la chose est possible.

Les indications en sont fournies par certaines variétés d'utérus double où il y a un accolement intime des deux corps malgré la persistance des deux cavités et aussi très souvent par des difficultés opératoires, même dans des utérus à corps bien séparés.

Le procédé est de règle en cas d'hématométrie latérale dans un utérus biloculaire, ou une cloison verticale et antéro-postérieure divisant la matrice en deux cavités distinctes, l'extirpation de la moitié hématométriée devient impossible.

Dans les utérus pseudo-didelphes l'existence d'un ligament intercervical très épais et résistant ne permet pas toujours l'hémihystérectomie, et c'est à l'ablation des deux moitiés utérines qu'il faut recourir.

Il en est à peu près de même dans certains utérus bicornes, où il est très difficile de séparer la cavité hématométrique de celle qui ne l'est pas.

D'ailleurs, même dans les cas d'utérus didelphe, l'hystérectomie a été la seule opération possible, à cause des adhérences et des difficultés opératoires qui proviennent presque toujours de l'hématosalpinx. Aussi nous contentons-nous de signaler le fait sans y insister.

Opérations mutilatrices. — Elles consistent à supprimer l'utérus et les deux ovaires, de façon à tarir la source des hémorragies et à faire disparaître la tumeur.

L'une d'elles est une opération de nécessité : c'est *la castration bilatérale*, qui supprime définitivement la fonction génitale de la femme. Elle a pour elle sa très facilité et partout sa grande bénignité, et ne sera jamais pratiquée que chez des femmes affaiblies, qui ne sont pas en état de supporter une longue intervention, ou chez lesquelles la tumeur en raison de ses adhérences devient difficilement extirpable, on la fera suivre d'un second temps, qui est la fistulisation de la poche par le vagin.

L'autre est plus radicale : c'est *l'hystérectomie totale*, qui s'emploie dans les variétés de malformations où la séparation des deux corps devient difficile, et quand il existe des lésions annexielles (en dehors de l'hématosalpinx), annexite, kyste de l'ovaire, sclérose avec microkystes, adhérences développées.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire ; nous avons dit, au début de ces quelques pages, l'anatomie des divers types d'utérus malformés, les formations supplémentaires que l'on rencontre en pareil cas, la coexistence de certaines malformations (ectopie rénale, uretère unique). En tenant compte de ces faits, l'ablation abdominale d'un utérus double se fera suivant les techniques habituelles de l'hystérectomie.

OBSERVATIONS

Nous donnerons en détail une observation à propos de chaque type d'hématométrie dans un utérus double nous contentant de résumer en quelques lignes les rapports de cas similaires.

I. — HÉMATOMÉTRIE DANS LES UTÉRUS DIDELPHES

(QUÉNU. — in Quénu et Le Sourd, *Revue de Chirurgie*, janvier 1906).

Soni H...., seize ans, entre à l'hôpital Cochin le 23 mai 1903 ; se plaignant de souffrir dans le ventre, surtout au niveau de la région inférieure droite.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire, son père est bien portant, elle a six sœurs toutes en bonne santé, sauf une qui tousse et a beaucoup maigri.

Antécédents personnels. — Etant petite elle a eu presque toutes les maladies d'enfant, scarlatine, rougeole, elle a toujours été mal portante et faible ; elle est, du reste, peu développée pour son âge.

En 1903, elle a été soignée pour une gastrite, puis pour une bronchite. Elle a été réglée à douze ans (elle est encore vierge), ses règles, depuis cette époque, ont toujours été très douloureuses avec un maximum de douleurs à droite ; elles sont abondantes, durant cinq jours, et revenant régulièrement tous les mois.

Les dernières règles sont venues le 20 avril 1904 : le mardi suivant, 24 avril, la malade est prise de douleurs extrêmement vives pendant la nuit et siégeant à droite et en bas.

Croyant à un embarras gastrique (la malade était très constipée à ce moment), elle s'est mise deux jours à la diète, puis s'est purgée avec de l'huile de ricin.

Pendant une semaine les douleurs disparurent, puis elles revinrent brusquement ; la malade a présenté de la rétention d'urine pendant un temps assez long : elle eut à ce moment de la fièvre, sans qu'elle puisse préciser quelle température, elle se souvient cependant d'avoir eu le pouls à 110.

Au mois de mai 1904 ses règles reviennent ; le 22 mai elle est prise de douleurs violentes dans le côté droit, a de la fièvre pendant la nuit, ces phénomènes coïncidaient avec une constipation plus opiniâtre. Le lendemain matin, 23 mai, un médecin appelé diagnostique une appendicite, fait mettre de la glace sur le ventre et ordonne la diète absolue. Le soir la douleur persistait aussi violente, survenant par crise, chaque fois qu'on changeait la glace et durait vingt minutes environ.

La malade entre à l'hôpital le même jour. Température 36°8, pouls 98.

24 mai. — A l'examen, on trouve une douleur à la pression, surtout du côté droit, mais bas située, au niveau de la fosse iliaque. Le ventre n'est pas ballonné, pas de vomissements ; la malade ne va à la selle qu'avec un lavement.

A la palpation abdominale on sent une grosse masse empâtée globuleuse, presque médiane, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, cette masse est dure et un peu douloureuse ; de chaque côté il y a une masse latérale qui se continue avec la masse médiane, mais semble plus limitée et plus petite que cette dernière.

Au toucher rectal on sent de chaque côté du ventre une masse arrondie, assez régulière, douloureuse, plus volumineuse à droite qu'à gauche. Température 37°5, pouls 90.

On met la malade en observation et on pose le diagnostic de salpingite bilatérale, probablement tuberculeuse.

M. Gross, de Nancy, qui examine la malade après nous, conclut au même diagnostic.

25 mai. — On met des compresses humides chaudes sur le ventre ; la douleur a un peu diminué ; toujours de la constipation, une selle après un lavement. Température 37, pouls 80.

26 mai. — La douleur diminue, un vomissement dans l'après-midi.

29 mai. — La douleur a presque disparu, la tumeur persiste, mais le ventre est plus souple. Température 37, pouls 110.

Le soir la température monte brusquement à 38°6; le pouls est à 100.

A 8 heures et demie du soir la malade éprouve une douleur brusque et très violente à droite et en bas jusqu'à 11 heures ; elle a de violentes envies de vomir, mais n'y parvient pas ; on lui fait une piqûre de morphine. Vers 1 heure du matin elle se sent mouillée, et sur l'alèze on trouve une quantité de sang égale à un grand verre mélangé à du mucus, le tout ressemble à de la gelée de groseille.

30 mai. — A l'examen, on constate que les tumeurs abdominales ont presque totalement disparu, il s'agissait évidemment d'une rétention de règles et nous portons le diagnostic d'*uterus duplex*. Température, 37 le matin, 37°8 le soir ; pouls 98.

A partir de ce moment l'état général de la malade s'améliore beaucoup ; elle pesait 38 kil. 500 le 8 juin ; le 22 elle pèse 40 kilogrammes.

28 juin. — Les règles reviennent le matin ; à 10 heures du soir la malade est prise de nausées, sans vomissements, et de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite.

Température, 37°6 ; on lui fait une piqûre de morphine ; les douleurs se calment peu à peu.

Les règles durent ensuite cinq jours sans incidents ; elles sont aussi abondantes que normalement.

7 juillet. — M. Quénu opère la malade ; à l'ouverture du ventre on trouve le grand épiploon infiltré de sang résorbé, une portion de péritoine présente aussi des taches de sang.

On relève l'épiploon et on se trouve en présence de deux

utérus à corps complètement séparés et divergents ; les cols, au contraire, se rapprochent et s'accolent à leur extrémité inférieure ; les annexes parfaitement saines sont unies à chaque utérus.

L'utérus droit, dont la partie cervicale est augmentée de volume, est un peu plus petit que le gauche. On l'enlève avec les annexes du même côté. M. Quénu fait une hystérectomie sus-vaginale ; par l'ouverture du col on voit une masse molle ayant la consistance et la couleur de la gelée de groseille qui remplit la cavité cervicale et qui est complètement analogue à celle que l'on avait trouvée dans l'alèze.

On nettoie avec des compresses tout le col, ce qui est assez difficile, car ce mucus sanguinolent est gluant et difficile à évacuer ; la cavité s'étend considérablement en bas ; une longue pince parvient difficilement au niveau de son extrémité inférieure, une sonde cannelée ne trouve aucun orifice inférieur. Dans l'impossibilité d'exciser toute cette poche, on se décide à la fermer par un surjet suivant le mode habituel. Nous faisons en un mot une hystérectomie subtotale, la section portant sur le segment distendu de l'utérus.

Il faut noter que, durant toute l'intervention, on n'a eu à lier l'artère utérine que sur le bord externe, l'artère n'est donc pas dédoublée sur le bord de chacun des utérus.

Péritonisation, fermeture de l'abdomen à trois plans.

Les suites opératoires sont extrêmement simples : le soir, la malade a 37°6 et 115 au poulx ; le lendemain, température, 37°4, poulx, 100 ; le troisième jour, la température est à 37° et le poulx à 80.

25 juillet. — La malade a ses règles pour la première fois sans douleurs, un peu moins abondantes, et de durée moins longue qu'avant l'opération.

4 août. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie ; elle doit revenir au mois d'octobre, M. Quénu voulant lui faire un examen vaginal complet pour savoir si une opération complémentaire ne serait pas utile, à cause du moignon cervical lissé.

La malade est revenue au commencement d'octobre; ses règles sont revenues sans aucune douleur, elles ne durent plus que cinq jours au lieu de huit. La malade a augmenté de 6 kilogrammes.

Au toucher vaginal on trouve l'utérus gauche, que l'on a laissé quelque peu à gauche; à droite, on trouve une petite induration grosse comme une noisette, adjacente au col de l'utérus gauche.

Au mois de janvier, même état satisfaisant.

10 avril 1905. — Nous voyons Sonia H... Elle nous raconte que, pendant ses règles de mars, elle a été prise de douleurs dans le côté droit, tout à fait semblables à celles qu'elle a eues avant son opération; ces douleurs durent trois jours, les règles sont plus abondantes; les douleurs diminuent à mesure que s'établissent les règles.

Les règles d'avril sont venues normalement sans douleurs.

Au toucher vaginal on constate que la tuméfaction siégeant à droite du col a augmenté sensiblement de volume. M. Quénu décide une opération sur le moignon cervical.

13 avril. — M. Quénu, sous le chloroforme, incise au bistouri la poche vaginale placée à droite du col; il trouve d'abord du tissu utérin, puis arrive sur une vaste cavité tapissée d'une muqueuse et remplie d'un mucus sanguinolent rappelant absolument la gelée de groseille et en tout comparable à celui que l'on trouva lors de la première intervention. La cavité a 6 centimètres de long, elle se dirige en haut et à droite.

On suture la muqueuse de la cavité à la muqueuse du vagin, si bien que ce dernier se trouve augmenté d'un grand cul-de-sac.

La cavité de l'utérus gauche mesure à l'hystéromètre 6 centimètres.

Les suites sont très satisfaisantes. La malade, revue au commencement de juin, a eu ses règles normalement et n'a plus eu aucune espèce de douleurs.

Examen de la pièce. — Elle comprend l'utérus droit (corps et un tiers du col), la trompe et l'ovaire droit.

L'utérus droit est un peu moins volumineux que le gauche, qu'on a laissé en place ; il est d'apparence absolument normale, il présente ceci de particulier que l'on voit sur son bord interne, au niveau du corps, c'est-à-dire de la portion qui était absolument libre, un petit méso péritonéal qui se prolonge sur une longueur de 3 centimètres environ, mais n'atteint pas la portion du col où les deux utérus sont accolés.

La trompe est absolument normale, perméable, et ne présente rien à signaler qu'une volumineuse hydatide, au niveau de son extrémité externe et de son bord supérieur.

L'ovaire est volumineux, bien développé ; on voit nettement arriver au niveau de son hile les artères qui lui sont destinées. La surface de section de l'utérus ne répond pas, comme on le pensait, à la portion vaginale du col ; presque tout le col (au moins les trois quarts) est resté, constituant une poche volumineuse que remplissait le mélange de mucus et de sang.

Examen histologique. — Ovaire : sur la coupe transversale de l'ovaire, qui présente environ 2 centimètres de diamètre, on remarque tous les caractères d'une structure normale de cet organe. La zone externe est fortement vascularisée et renferme un grand nombre de follicules de Graaf à différents stades de leur évolution. Quelques-uns laissent voir des ovules fort nets ; on aperçoit également une certaine quantité de corps jaunes. Le parenchyme ovarien n'est pas sclérosé et présente son aspect ordinaire.

Col de l'utérus réséqué dans la deuxième opération. — Des coupes sont faites perpendiculairement à la muqueuse ; sur la face interne du col répondant au canal cervical, on aperçoit quelques fragments de glandes et des débris d'épithélium presque cylindriques à la surface. La plus grande partie de cette face interne semble dépourvue d'épithélium. Vers la face externe, on aperçoit des bandes d'épithélium pavimenteux, stratifié, recouvrant une zone riche en petites cellules rondes. Entre ces deux faces, on rencontre des faisceaux de fibres musculaires lisses, diversement entre-croisées, avec des capillaires moyennement développés ; ce tissu possède donc sensiblement la structure du col de l'utérus normal.

(KUSTNER. — Wagner, *Inaugural Dissertation*, Breslau, 1896, p. 29.)

A. K..., 16 ans. Toujours bien portante comme enfant. Consulte pour des douleurs dans le ventre et du ténesme rectal, à diverses reprises crises hémorroïdaires, organes génitaux externes normaux. Par l'exploration rectale, on sent dans la direction du vagin, une tumeur de la consistance et du volume d'un utérus gravide de trois mois ; par le toucher vaginal, difficile, l'utérus est trouvé à peu près sphérique, un peu mou. Le col proémine dans le vagin sous forme d'un petit appendice mou, court, arrondi. Son orifice ne se reconnaît qu'indistinctement. Le 2 octobre douleurs si fortes que la malade demande instamment à être soulagée. Deux ponctions vaginales blanches. La laparotomie fait découvrir deux utérus dont le droit normal est muni de ses annexes, dont le gauche en forme de sablier présente un segment inférieur distendu et flexueux (*hématomètre cervical*), Küstner enlève l'ovaire gauche avec la moitié utérine correspondante, la section passant un peu au-dessus de l'orifice interne du col ; il ferme au catgut la cavité qui reste. L'auteur n'ajoute pas ultérieurement d'opération vaginale sur les trois quarts restants du col. Fin novembre, première menstruation de trois jours de durée sans phénomènes particuliers. Fin décembre, menstruation plus abondante, durant cinq jours. Quelques douleurs lombaires, état général excellent.

(KIRIAC. — Un cas d'utérus double. Laparotomie. *Gynœk. Revue Romaine*, juin 1905.)

Femme, 24 ans, entre le 24 septembre 1904, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite, datant de treize ans ; règles très douloureuses. Au bout de trois ans, apparition dans le côté droit du bassin d'une tumeur mobile qui augmentait sans cesse ; cependant la malade se marie et accouche d'un enfant à terme. Les douleurs et la tuméfaction augmentent. L'utérus petit semble normal, mais on sent dans le cul-de-sac droit une tumeur grosse comme le pöing et remontant jusqu'à l'ombilic, mobile, presque fluctuante, régulière, avec un sillon qui la partage en deux lobes

égaux. Diagnostic : annexite kystique et tumeur salpingienne. — A l'intervention, il s'agit d'un utérus didelphe, avec hématométrie dans l'utérus droit sans hématosalpinx ; on fait une hémihystérectomie. — Opération ultérieure pour occlusion intestinale : l'intestin est adhérent au péritoine pariétal. Pour empêcher de nouvelles adhérences, on fixe cet utérus à l'angle de la plaie. Guérison complète.

(VINEBERG. — Utérus didelphe avec énorme hématométrie dans la corne droite simulant un fibrome du col. *Centralblatt für Gynæk*, 1909)

Jeune fille de 18 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans, régulièrement avec quelques maux de reins. Depuis quatre mois, douleurs pour uriner avec sensation de pesanteur à l'hypogastre. Par le palper combiné on trouve une tumeur globuleuse de la grosseur d'une noix de coco, occupant toute la portion antérieure du bassin et repoussant le cul-de-sac antérieur au vagin. Cette tumeur était difficilement mobilisable et avait l'aspect d'un utérus. Au spéculum, on trouve un petit orifice circulaire situé sur le côté gauche de la tumeur. Une sonde introduite pénètre à gauche à une profondeur de trois pouces. Diagnostic : gros organe sous-muqueux occupant la partie inférieure de la cavité utérine et dilatant le canal cervical. Hystérectomie totale. La pièce montre qu'il s'agit d'un corps utérin double, chacun possédant trompe et ovaire et canal cervical complet, mais le col droit n'est percé d'aucun orifice.

(BLANC et BARJHOUX. — Sur un cas d'utérus didelphe, *Loire Médicale*, 45 février 1911.)

V. R..., 22 ans, vient pour des troubles menstruels datant de la puberté, irrégularité constante des règles, violentes douleurs abdominales surtout à gauche dans le petit bassin, pertes blanches abondantes et très fétides. Le toucher vaginal montre, bombant sur la face antérieure du vagin et empâtant le cul-de-sac gauche, une grosse masse allongée, allant presque à la vulve, un peu à gauche de l'axe du conduit, résistante, se pro-

longeant dans l'abdomen vers les annexes gauches. Le vagin est normal, le col utérin et le museau de tanche sont ceux d'une nullipare. L'utérus échappe au palper combiné qui fait sentir cependant une tuméfaction dure et douloureuse au-dessus de l'arcade de Fallope vers son tiers interne. On pense à une collee-tion à point de départ annexiel, malgré la température qui ne dépasse pas 37°5 ni matin, ni soir. Laparotomie : amputation utéro-annexielle double subtotale, toutes opératoires aseptiques. L'examen de la pièce permet de constater l'existence de deux utérus et l'absence de communication entre eux : le plus gros des deux ne présentait aucun orifice extérieur pour l'issue des règles. Il s'agit d'un utérus didelphe, dont le plus gros était inclus dans le plancher pelvien par son col imperforé, ne permettant pas l'issue du sang menstruel, et qui s'était distendu depuis la puberté.

II. — HÉMATOMÉTRIE DANS LES UTÉRUS PSEUDODIDELPHES

(GUÉRIN-VALMALE et MOIROUD. — *Observation personnelle. — Hématomètre total.* — Observation parue dans le *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique*, mai 1913.)

La malade qui fait l'objet de cette observation est âgée de 29 ans; elle est entrée à la Clinique obstétricale et gynécologique de Marseille pour y être soignée de métrorragies abondantes et douloureuses dont le début remonte à l'instauration menstruelle à l'âge de 15 ans. Depuis lors de nombreux médecins ont été consultés, des diagnostics très divers ont été portés, suivis des traitements variés, mais rien n'a amélioré cet état.

Les antécédents héréditaires de la malade sont sans intérêt; elle-même, de taille moyenne est assez mince, paraît assez vigoureuse et donne bien l'impression d'une femme qui a toujours souffert. Elle n'eut cependant jamais de maladie grave dans son jeune âge.

Les premières règles débutent à 15 ans d'une façon anormale, huit jours avant étaient subitement apparues de violentes douleurs au côté droit du bas-ventre avec sensation de lourdeur et de pesanteur abdomino-pelvienne. Le repos au lit n'amena aucune amélioration et les phénomènes persistèrent violents jusqu'à ce qu'une hémorragie se produisît, de sang rouge très abondant, accompagné de caillots. Aussitôt la malade fut soulagée et après quelques jours de lit toute souffrance disparut.

Les deux mois suivants, il n'y eut pas de menstruation, mais au troisième mois, quand les règles revinrent à nouveau, ce fut avec le même syndrome douloureux quoique un peu atténué.

Depuis lors, cette femme souffre et saigne de façon subcontinue ; douleur et métrorragie sont tantôt simultanées, tantôt indépendantes, mais tout travail est impossible.

Notons qu'au moment des règles, la femme ressent toujours des douleurs violentes dans le bas-ventre avec sensation de pesanteur, de tension, de ballonnement à l'hypogastre. Tout cela dure deux jours environ, parfois plus, puis apparaît l'écoulement, abondant, constitué par du sang rouge et des caillots qui dure une semaine.

Au fur et à mesure de l'écoulement la malade se sent progressivement soulagée ; douleurs et pesanteur abdominale disparaissent ainsi peu à peu.

En dehors des règles, surviennent des métrorragies, irrégulières, indolores ou peu douloureuses, spontanées ou sous l'influence de causes insignifiantes : une légère fatigue, ou même simplement d'un rire joyeux. Le sang de ses métrorragies est plus clair que celui des règles, mais assez abondant. L'écoulement dure deux heures environ et s'accompagne souvent de plusieurs jours d'écoulement léger séro-sanguinolent.

Quand elle ne perd pas, la malade ne souffre pas ou peu et ne ressent aucun malaise général.

Ne sachant à quelle cause attribuer ces troubles, divers confrères ont prescrit des traitements toniques, reconstituants, antianémiques ; on a ordonné le repos, les douches froides, etc. Ce dernier moyen aurait eu une influence assez heureuse sur les métrorragies.

Mariée en 1910, la malade remarque aussitôt une recrudescence des pertes et six mois après elle a pendant huit jours des douleurs atroces suivies d'un écoulement de sérosité blanchâtre et fétide tout à fait différent des pertes antérieures.

Elle n'a jamais eu de grossesse, mais les hémorragies ont peu à peu augmenté, les métrorragies sont beaucoup plus prolongées, au point que lors de son entrée à l'hôpital les pertes sont quotidiennes et ne sont pas influencées par le repos.



FIG. 2. — Hématomètre total dans un utérus pseudo-didelphe.
(GUÉRIN-VALMALE ET MOIROUD).

Examinée le jour même, le 19 novembre 1911, elle nous présente au palper une masse normale rétro-pubienne surmontée d'une autre masse en forme d'œuf située légèrement à droite de la ligne médiane. Le toucher combiné nous montre une vulve et

un vagin normaux. Le fond de ce dernier est occupé par une tumeur volumineuse bombante qui refoule tout le dôme vaginal dans la cavité du canal. L'orifice utérin est très dévié à gauche presque dans le cul-de-sac latéral : tout à fait sur le côté gauche de la tumeur.

Cette tumeur sentie avec les deux mains est volumineuse, comme une orange à peu près ; elle est globuleuse, presque immobilisable et vaguement fluctuante. Ses parois sont épaisses et résistantes. Au-dessus d'elle et vers la droite une seconde masse, du volume d'un œuf, s'élève presque verticalement en s'inclinant un peu vers la fosse iliaque droite. Le col utérin est réduit à un orifice sur le côté gauche de cette tumeur. Cet orifice, qui ne mesure que quelques millimètres, est arrondi et dur. Aucun museau de tanche ne le supporte et c'est à peine si dans la paroi gauche de la tumeur on sent un épaississement dur qui se dirige en haut et à gauche et semble se continuer avec un corps allongé, comme un gros pouce, qui se couche presque horizontalement dans la direction de la fosse iliaque gauche.

Au cours de l'examen, je crois sentir dans la grosse tumeur comme un durcissement avec augmentation de sa tension que j'attribue à une contraction utérine et je porte le diagnostic d'hématométrie.

La malade est mise au repos, désinfectée et purgée. Un second examen est fait le surlendemain qui donne les mêmes résultats. En outre, un hystéromètre introduit dans le col se dirige rapidement à gauche dans le corps allongé à gauche de la tumeur principale et permet d'affirmer qu'il s'agit là d'un corps utérin. Peu après, une métrorragie se produit et le 25 novembre, quand elle a cessé, un troisième examen permet de reconnaître que la tumeur principale n'a pas diminué de volume.

Au cours de cet examen une nouvelle contraction est sentie dans la tumeur et le diagnostic ferme est porté d'hématométrie dans la moitié droite d'un utérus bicorne.

Le lendemain, 26 novembre 1912, laparotomie médiane sous anesthésie chloroformique. Aussitôt le ventre ouvert, le péritoine apparaît intact et dans le bassin se détache un organe bifide, c'est

l'utérus. Il est à peu près transversalement placé et n'a pour ainsi dire pas subi de torsion. Deux cornes semblent s'en détacher en V. Celle de droite dans le ligament large de ce côté est plus verticale et plus volumineuse. Celle de gauche plus petite et plus horizontalement couchée en dehors.

Le péritoine est incisé en travers sur les deux cornes, puis décollé en avant assez facilement et en arrière avec plus de difficultés. Entre les deux cornes un trousseau de fibres solidarise fortement ces deux moitiés, mais nous ne trouvons pas trace d'un ligament vésico-rectal.

Quelques ligatures et quelques coups de ciseaux permettent d'isoler les deux cornes du bassin. Les annexes de chaque côté sont naturellement enlevées avec les trompes. La masse n'adhère plus que par la pointe du V qui se fixe sur une grosse masse profondément enfouie entre la vessie, le rectum et les deux ligaments larges.

La vessie est aisément séparée, mais sur les côtes la dissection de la tumeur est plus difficile. Les utérines sont un peu déplacées et surtout à gauche la tumeur est coincée dans le ligament large. Elle est même fixée en place par un tractus fibreux profond, du volume d'un crayon, qui part de l'extrémité gauche de son axe transversal et semble se diriger en dehors et légèrement en arrière. Un coup de ciseau le sectionne au ras de la tumeur et aussitôt la libération de celle-ci est plus aisée. Cependant tout le dôme vaginal adhérent intimement à la masse de la tumeur qui saillait dans le canal, ce dernier est coupé tout autour.

Ainsi fut pratiquée l'hystérectomie abdominale totale.

Drainage vaginal par un tube de caoutchouc, péritonisation, suture de la paroi à trois plans. Les suites opératoires furent idéalement simples et la femme quitte le service en excellent état le 19 décembre.

La tumeur que nous avions ainsi extirpée en entier présentait donc la forme assez curieuse suivante.

En bas, une grosse tumeur ovoïde à grand axe transversal dont le volume total égalait celui d'une orange.

Au-dessus d'elle et à droite, une seconde tumeur fixée sur la

première ovoïde aussi à grand axe presque vertical légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Enfin à l'extrémité supéro-externe de celle-ci le paquet annexiel droit.

À gauche, une autre tumeur plus fusiforme et de la grosseur d'un gros pouce s'insérait sur la grosse masse à l'extrémité gauche de son diamètre transversal, elle se dirigeait fortement vers la gauche et son extrémité externe portait aussi le paquet annexiel.

À la coupe, la grosse tumeur et la corne droite constituent une seule et même cavité en sablier, c'est-à-dire étranglée au point d'union des deux masses. Cette cavité est exactement remplie d'un sang épais et violacé ayant l'allure d'une confiture vieillie de groseilles. Les parois sont épaisses, solides, résistantes et donnent presque l'impression d'un fibrocartilage. La partie la plus mince de cette paroi est située tout en bas non loin du col utérin, mais elle ne descend jamais à moins de quatre millimètres.

En aucun point n'existe un orifice faisant communiquer cette cavité avec l'extérieur.

Il s'agit donc d'un corps utérin entièrement fermé hématométrique, dans lequel le sang menstruel accumulé a subi des modifications profondes habituelles en pareil cas.

Remarquons cependant que contrairement à ce que disent la plupart des classiques, c'est la portion cervicale de l'utérus qui paraît s'être laissé dilater au maximum, tandis que la partie corporeale de l'organe semble avoir mieux résisté à la distension. Entre les deux un étranglement paraît, que nous croyons correspondre à l'orifice interne, mais nous proposons de faire à ce sujet quelques recherches histologiques pour savoir si cet orifice ne répondrait pas plutôt à ce qui dans l'utérus gravide porte le nom d'anneau de Bandl.

À gauche de cet utérus hématométrique existe un utérus à parois épaisses, à cavité irrégulière, dont le canal cervical aboutit à l'orifice déjà signalé. Cet utérus contribue à la seconde masse jointe au côté gauche de la masse principale.

Notons en passant, que les deux ovaires étaient de dimensions

restreintes ; que le gauche présentait de nombreuses cicatrices alors que le droit était beaucoup plus lisse ; enfin, que les deux trompes ne présentaient macroscopiquement aucune trace d'hématosalspinx. Par contre, elles étaient toutes deux sinueuses, presque en lacets par endroits et sur toute leur longueur une bride fibreuse suivait, envoyant des ramuscules aux diverses sinuosités, figurant ainsi comme les nervures de certaines feuilles.

(POLLOSSON. — Hématométrie cervicale
in thèse Goullioud, p. 129).

M^{me} I..., envoyée à la Charité par le Dr Rondet, en janvier 1906, pour douleurs très violentes dans le bas-ventre.

Examen clinique. — On sent par le toucher vaginal que le cul-de-sac latéral gauche est occupé par une saillie assez volumineuse, le déformant complètement et déformant le col utérin et la commissure gauche. Cette masse donne la sensation d'une collection liquide, mais peu fluctuante, plutôt empâtée. Le col paraît élevé et comme repoussé en haut.

Au toucher et palper combinés, on sent très nettement l'utérus en avant et à droite ; à gauche, les sensations sont assez floues, mais on se rend compte que la fosse iliaque et le pelvis de ce côté sont remplis par une masse à contours mal délimités, mais qui doit se continuer avec la masse gauche sentie par le vagin.

Diagnostic. — Kyste probable du vagin.

L'intervention abdominale paraît seule indiquée pour pouvoir extirper plus facilement cette masse et connaître ses rapports avec l'utérus, On élimine la notion d'une hématométrie parce que les règles sont régulières, périodiques.

Laparotomie le 10 janvier 1906 :

A l'ouverture du ventre, on constate la présence de l'utérus avec des annexes normales ; il existe une légère échancrure sur le fond utérin, mais la bifidité utérine est à peine marquée. Après ouverture du péritoine en avant, on cherche à établir les connexions de cette tumeur avec l'utérus, on constate qu'il est

impossible de les séparer. Dès lors, on décide une *hystérectomie totale*.

On aborde le vagin par le cul-de-sac latéral droit après avoir bien dégagé la masse gauche ; on se laisse guider pour faire la section du vagin sur les limites mêmes de la tumeur.

Hémostase, Péritonisation. Suites simples.



FIG. 3.—Hématose cervical dans un utérus pseudo-didelphe (POLLOSSON).

A l'examen de la pièce, on constate que l'orifice du museau de tanche est complètement déformé, la commissure droite est intacte, mais la commissure gauche est complètement effacée. La pression fait sourdre, par le museau de tanche, un peu de sang noir ressemblant à du goudron.

Une coupe médiane montre qu'il s'agit d'un hématomètre cervical gauche plus gros qu'une orange. Il existe deux cavités utérines : celle du côté droit est intacte et vient s'ouvrir au

dehors par le museau de tanche du col senti ; celle du côté gauche ne présente aucune distension au niveau du corps, ce n'est qu'à partir de l'orifice interne qu'on voit la dilatation commencer et s'élargir rapidement. Les deux cavités, droite et gauche, sont entièrement séparées par une languette, et tout d'abord on croit qu'il n'existe aucune communication entre elles, mais en l'étudiant de près, on voit que la poche de l'hématomètre communique avec la cavité cervicale saine à 1 centimètre de distance de l'orifice externe, par un petit pertuis dans lequel on peut passer une soie de porc.

Etant donnée la disposition de la pièce, il était impossible de faire de la conservation, c'est à dire une hémihystérectomie.

(MAX JACQUET. — Ueber Hæmatometra bei uterus duplex.
Zeitschrif Geburstshülfe von Kran Keinten, Bd I, 1876.)

Jeune fille de 14 ans, bien portante dans son enfance, réglée à 13 ans et 7 mois, régulièrement toutes les 4 semaines pendant 4 à 5 jours, sans phénomènes particuliers. Les règles étaient apparues le 12 octobre pour la 5^e fois. Dès le premier jour, la malade se plaignit de douleurs violentes dans le rectum, douleurs d'abord intermittentes, puis continues sans intervalle d'accalmie, au bout de 5 jours, les règles cessèrent comme d'habitude, mais les douleurs persistèrent.

L'examen est difficile à cause des violentes souffrances ressenties au toucher, le doigt rencontre à 3 centimètres environ en arrière de l'entrée du vagin une tumeur tendue élastique, de forme hémisphérique ; en aucun point on ne peut la délimiter vers le haut. Les parois de la tumeur sont à peu près lisses et contrastent avec le reste de la surface qui est couvert de plis. Le col, difficile à trouver, est très élevé et repoussé en avant et vers la gauche. Le toucher rectal, en permettant d'examiner la face postérieure de la tumeur, fit reconnaître qu'elle se confond de haut en bas entièrement avec l'utérus qui était repoussé à gauche et en avant. Le diagnostic est celui d'hématométrie latérale droite dans un utérus double, avec péritonite diffuse aiguë. Mort. A

l'autopsie, outre les lésions de péritonite généralisée, hématométrie latérale droite, dans un utérus double (pseudo-didelphe) avec lésions scléro-kystiques des deux ovaires et mucopus dans les trompes.

(FREUNDENBERG. — Ein Fall von uterus didelphis mit rechteitiger Hæmatometra. — *Zeitschrift für Gebartschülfe und Gynæk.*, 1880 Bd V, p. 334.)

Réglée à 15 ans, toujours malade. Les règles ne reviennent que deux fois à époque fixe, chaque fois l'écoulement est moindre, à la 3^e et dernière période, à peine quelques gouttes de sang, aucune douleur. Puis suppression des règles, remplacées par les phénomènes sympathiques de la menstruation qui peu à peu perdent leurs caractères et sont remplacés par des douleurs abdominales continues. En même temps on voit apparaître une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Diagnostic porté par Schröder après examen attentif : utérus double avec hématométrie latérale droite. Ponction vaginale ; débridement ; récurrence ; incision et suture de la muqueuse du vagin avec celle du col. Mort par péritonite due à la rupture d'un pyosalpinx. La pièce montre l'existence de deux utérus, accolés par leurs cols, l'utérus droit atrophié à l'extrémité inférieure du canal cervical et dilaté.

III. — HÉMATOMÉTRIE DANS LES UTÉRUS BICORNES

(HAULTAIN. — Hématométrie dans la corne droite d'un utérus bicorne, laparotomie, guérison. *British Medical Journal*, 1900, n° 2056, p. 1279.)

Il s'agit dans cette observation d'une hématométrie dans une corne normalement développée.)

Femme âgée de 24 ans, qui présente de fréquentes et vives douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Elle a eu, il y a deux

ans, une péritonite généralisée d'origine présumée appendiculaire. Elle n'a jamais été réglée.

A l'examen on constate un utérus petit, à droite duquel on sent une masse de consistance molle, du volume d'une orange. On porte le diagnostic d'annexite droite.

A l'ouverture du ventre, après section de fortes adhérences épiploïques on se trouve en présence d'un utérus bicorne. La corne gauche n'est pas développée; la corne droite très augmentée de volume est rompue dans le ligament large et avec ce dernier forme la paroi d'un kyste dont le contenu est une substance poisseuse et noirâtre. Le sang menstruel ne pouvant s'écouler vers le vagin a donc formé un kyste par rétention dans la corne utérine, celle-ci surdistendue a fini par se rompre et le sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire du ligament large. Ainsi s'est formée la masse qu'on sentait par le toucher vaginal; sur cette masse s'implantaient le ligament rond et la trompe non perméable. Les deux ovaires sont très hypertrophiés; ils présentent à leur surface un nombre considérable de kystes sanguins.

On libère les adhérences qui maintiennent solidement fixés utérus et annexes. Ceux-ci sont ensuite enlevés. Après toilette du péritoine, on reconstitue le ligament large.

Suites normales. Guérison parfaite.

(LAMBRET. — Malformation utérine prise pour une annexite.
Bulletin Médical, 9 février 1898, p. 133.)

Il s'agit dans cette observation d'une corne rudimentaire hématométriée, reliée à la corne principale par un pédicule.)

Il s'agit d'une femme de 24 ans, entrée le 26 octobre dans le service de M. le professeur Follet, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille.

La malade est bien réglée depuis l'âge de 15 ans, ne perd pas en blanc, sauf dans les jours qui précèdent les règles. Elle a fait une perte il y a trois ans et se plaint de douleurs dans le bas-ventre à la fin et plus encore immédiatement après les règles.

Ces douleurs sont particulièrement vives depuis cinq mois. A l'examen, on trouve un utérus à peu près sain et parfaitement mobile, mais dans le cul-de-sac latéral droit on délimite par la palpation bimanuelle une tumeur du volume d'une grosse noix, fluctuante, douloureuse à la pression, adhérente ; à gauche on ne sent rien, mais en un point on éveille une certaine douleur, probablement au niveau de l'ovaire. Diagnostic : annexite droite avec réserve sur l'état des annexes du côté gauche.

Intervention par l'abdomen, avec l'intention d'enlever les annexes du côté droit qui paraissaient trop malades pour être conservées et d'examiner les annexes du côté gauche sur lesquelles on se propose de faire un traitement conservateur : résection partielle, ignipuncture de l'ovaire, voire même résection de la trompe, opération qui laisse à la femme sa fonction et son sexe, en même temps que l'espoir d'une grossesse dans l'avenir.

Incision sus-pubienne dans la position de Trendelenburg, juste suffisante pour laisser passer la main, qui est introduite dans le petit bassin. On trouve rapidement l'utérus, et immédiatement à sa droite la tumeur prévue, qu'à sa consistance on pense devoir être l'ovaire adhérent. On détache ses adhérences, assez solides, et on amène dans l'angle inférieur de la plaie une masse rougeâtre lisse saignant légèrement au niveau des adhérences déchirées, et l'on s'étonne alors de l'aspect normal que présente cet ovaire, dépourvu des cicatrices de l'ovulation. Serait-ce un ovaire qui n'aurait jamais fonctionné, ou atteint de fibrome ? Serait-ce autre chose que l'ovaire ? Pour s'en assurer, on le laisse rentrer dans le ventre et la main part à nouveau contrôler sa position dans le bassin : On retrouve l'utérus, puis la masse annexielle, et on ne conserve plus de doute : c'est bien l'ovaire. On le ramène à nouveau au jour, et au bistouri on pratique une section médiane de sa substance ; on rencontre un tissu dur, grisâtre, puis une cavité remplie de sang noir et diffusant, avec une paroi fongueuse. On enlève cette poche par une section cunéiforme dont on suture ensuite les lèvres. Quelle n'est pas la stupéfaction quand, au cours d'une manœuvre, on

aperçoit, à cinq bons centimètres au dehors de ce que l'on croyait être l'ovaire, une petite masse grise et chagrinée, qui est, à n'en pas douter, le véritable ovaire très atrophié. Pendant quelques instants, l'embarras fut grand, jusqu'à ce que l'hypothèse d'une malformation utérine ait été soupçonnée. Pour la vérifier, on agrandit l'incision abdominale, et l'on peut ainsi se rendre compte *de visu* que l'utérus, bien que de volume normal, ne possédait que la corne gauche.

En examinant minutieusement la tumeur, dont on avait réséqué une partie, on vit qu'elle se continuait au dehors par un cordon à peine marqué sous le revêtement péritonéal du ligament large ; ce cordon, trompe rudimentaire, se dirigeait vers l'ovaire peu développé ; en dedans, on retrouvait ce cordon mince qui s'implantait à la partie moyenne du bord droit de l'utérus. L'opération se termina par l'ablation complète des organes rudimentaires du côté droit, et par l'ignipuncture de l'ovaire gauche légèrement kystique.

OBSERVATION (GOULLIOUD)

Il s'agit dans cette observation d'une hématométrie minuscule développée dans la corne gauche rudimentaire et recule d'un utérus bicorne.

M^{lle} P... Dominica, religieuse, âgée de trente-trois ans, entre le 8 septembre 1902 à l'Hôpital Saint-Joseph, parce qu'elle souffre dans le côté gauche du ventre. Elle racontait qu'elle avait été réglée à quinze ans, normalement, et qu'elle n'avait jamais souffert avant ses douleurs actuelles, qu'elle faisait remonter à un an. A ce moment, sans causes appréciables, elle avait commencé à souffrir à gauche après ses règles. Au début, semble-t-il, la douleur se calmait après quelques minutes de repos, mais dans la suite les souffrances duraient plus longtemps. Elles se reproduisaient alors par crises paroxystiques, persistant trois ou quatre jours au moment des règles.

Mais ces crises paroxystiques, depuis quelques mois, se prolongeaient plus longtemps, augmentant de fréquence et d'acuité, arrachant des cris à la malade.

La douleur revêt la sensation d'une déchirure dans le bas-ventre du côté gauche, avec irradiations dans le dos du même côté.

Les premiers jours de son hospitalisation, aucune crise ne s'étant produite lors de ma visite, je pensais d'abord à quelque ovarialgie hystérique, mais il fut bientôt manifeste que cette femme souffrait vraiment.

Par le palper bimanuel, on trouvait un utérus de volume normal incliné à droite, mais dans le Douglas à gauche, il y avait une induration sensible, dure, mobile avec l'utérus, du volume d'une mandarine. Devant la persistance des douleurs qui ne cédaient qu'aux piqûres de morphine, j'intervins.



FIG. 4.— Corne rudimentaire avec hématométrie minuscule (Goullioud).

OPÉRATION le 18 septembre 1902, pratiquée par le docteur Goullioud.

A la laparotomie on reconnaît que l'utérus est double ; à côté d'un utérus droit presque normal portant des annexes droites normalement constituées, on remarque un second corps utérin implanté sur le bord gauche de l'utérus droit, au niveau de l'isthme, et portant un ovaire d'aspect normal et une trompe atrophiée.

On enlève cette corne utérine rudimentaire comme on ferait d'un fibrome sous-péritonéal, car il adhère à l'utérus principal par du tissu fibromusculaire. L'utérus droit et ses annexes sont laissés en place.

L'utérus enlevé est globuleux, du volume d'une petite mandarine.

Ouvert, il présente une petite cavité centrale ayant à peine les dimensions d'une noisette. Elle est remplie de sang, ressemblant à celui que l'on rencontre dans toutes les rétentions d'origine congénitale. Il n'existe aucune communication de cette cavité avec les cavités de l'utérus droit, du vagin et de la trompe gauche.

Cette opération a amené une entière et durable guérison.

(VIOLET. — Observation recueillie dans le service de M. le professeur Pollosson et publiée dans la thèse de Goullioud.)

Femme de 30 ans, présentant depuis l'âge de la puberté, des phénomènes de dysménorrhée extrêmement pénibles, n'ayant pas cédé à deux accouchements; dans l'intervalle des règles aucune douleur.

A l'examen abdomino-vaginal, on sent une masse du volume d'un œuf, qui est située à droite de l'utérus, et en est séparée, semble-t-il, par une échancrure: toutefois on peut affirmer par l'examen, l'existence d'un utérus normal dont le fond est dévié à gauche; l'impulsion produite à ce niveau se transmet manifestement au col, une partie de la masse droite, celle qui avoisine l'utérus, est de consistance assez ferme et paraît se continuer avec l'utérus, c'est-à-dire que les mouvements imprimés à l'utérus entraînent cette masse.

Le diagnostic clinique est hésitant entre trois hypothèses: kyste dermoïde, myome du ligament large, malformation utérine.

A l'intervention on constate qu'il s'agit d'un utérus bicorne, la corne droite rudimentaire, renfermant une petite quantité de sang, ne communiquant pas avec la corne gauche normalement

développée. Hémihystérectomie, ablation de l'utérus rudimentaire et des annexes du même côté; conservation de l'utérus gauche et de ses annexes, toutes opérations normales.

Calmann. — Ueber einen Fall von Hæmatometra im rudimentanem Horn. *Wochenschrift Prog. med.*, 1896.)

Cette observation rapporte la relation d'un cas d'hématométrie dans une corne rudimentaire d'un utérus bicorne. La jeune fille fut réglée à 17 ans. toujours régulièrement, avec des intervalles de six à huit semaines, abondamment, et avec douleurs violentes. Il y a trois ans, suppression des règles toute une année à la suite d'une violente émotion. On constate le développement progressif d'une tumeur dans la partie droite du bas-ventre. Par le toucher rectal, on sent un col évasé et un utérus atrophié, à droite duquel on sent une tumeur du volume du poing, s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne et légèrement mobile, reliée au bord de l'utérus par un cordon de l'épaisseur du petit doigt. On ne sent pas les annexes gauches. Première laparotomie montrant qu'il s'agit du développement d'une hématométrie dans la corne droite rudimentaire d'un utérus bicorne Marsupialisation de la poche, Persistance des douleurs. Deuxième laparotomie. Hémihystérectomie. Guérison.

(TILLENSEN. Hæmatometza in verschlossenen rudimentaren. Horn eine uterus bilocularis. Inaug. dissertation, Iéna, 1899.)

Femme de 42 ans, réglée à 15 ans, qui présentait depuis l'âge de 22 ans de fréquentes douleurs dans la partie gauche de l'abdomen, peu avant et pendant les règles. Entre trente-cinq et trente-huit ans, ces douleurs augmentèrent sans devenir plus fréquentes. A quarante ans, seconde grossesse, après laquelle de nouvelles douleurs se montrent.

Au toucher, le col est à droite, se dirigeant en arrière et vers en haut, paraissant se continuer avec une tumeur arrondie, dure, déprimant le cul-de sac antérieur et pouvant être modifiée de bas en haut en entraînant avec elle le col. En continuité directe avec

le col, on trouve, dans la partie droite du bassin, un corps utérin mou. Diagnostic : fibrome utérin, peut-être utérus double. A l'intervention, il s'agit d'un utérus bicorne avec corne gauche rudimentaire hématométrique (le kyste sanguin mesure 6 cm. 5 de diamètre, ses parois ont 1 cm. 5 d'épaisseur). Hémihystérectomie. Guérison.

OBSERVATION (GROSS.)

M^{me} D..., 39 ans. Entre dans le service de M. le professeur Gross en décembre 1902. Réglée à 13 ans, régulièrement jusqu'à l'âge de seize.

Depuis, les règles deviennent irrégulières et douloureuses; tous les deux ou trois mois elles sont intolérables. Se marie à dix-neuf ans, a trois grossesses normales, pendant lesquelles elle ne souffrait plus. Dans l'intervalle des grossesses, l'état douloureux réapparaît, et sans accompagner chaque époque, se montre toutes les deux en trois périodes environ.

L'examen abdominal vaginal permet de sentir dans la fosse iliaque gauche une petite tumeur dure, mobile, de la grosseur d'une mandarine, très sensible qui semble être la trompe et l'ovaire augmentés de volume. Le col utérin est gros, un peu déchiré, en position antérieure sous la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est occupé vers la gauche par une petite tumeur, mobile, se déplaçant avec l'utérus et semble faire corps avec lui. On porte le diagnostic de salpingo-ovarite gauche légèrement prolabée dans le cul de sac postérieur.

A l'intervention, on reconnaît un utérus bicorne à col unique. Une hématométrie s'est développée dans la corne gauche accessible. La tumeur est énuclée, la surface utérine refermée par deux plans de suture. Suites opératoires normales. Depuis lors, les règles qui étaient excessivement douloureuses sont devenues normales, régulières, sans douleur.

(HALBAN. — Zür Therapie der Gynatresein (*Zeitschriſt für Geb. und Gynæk.* 1903, p. 27).

M^{me} H..., 46 ans, bonne santé jusqu'à dix-sept ans, à ce moment commencèrent les douleurs qui persistent encore actuellement. Bientôt après l'établissement de la menstruation apparaissent des maux de tête, des douleurs abdominales s'accompagnant de vomissements. Cet état pénible durait pendant les huit jours de la menstruation et se prolongeait ensuite pendant quelques jours. Les règles, irrégulières au début, se régularisent et surviennent toutes les quatre semaines. Pendant plusieurs années cette malade remarqua cette tuméfaction dans la moitié droite du bas-ventre. Cette tuméfaction augmentait pendant les règles pour diminuer à leur déclin; depuis deux mois elle a grossi énormément.

L'utérus est en antéversion, un peu mobile. Un double cordon s'étend de chaque côté du col à la paroi du bassin, à droite de l'utérus, une tumeur pédiculée du volume d'un œuf de dinde, aux contours arrondis, de consistance dure et un peu sensible : de cette tumeur part un cordon de la grosseur d'un crayon qui gagne le bord droit de l'utérus. Ce cordon suit à peu près la direction du ligament rond, il se tend quand on refoule la tumeur en dehors. De la base de la tumeur part un autre cordon qui se dirige dans la direction du canal inguinal, et qui est facile à sentir : il est de même volume que le précédent et quelque peu sensible : il aboutit dans le canal inguinal à un épaississement qui a le volume d'une grosse noisette. Cette tuméfaction pointe en dehors de l'orifice externe du canal inguinal, au-dessus de la branche horizontale du pubis. Les ovaires se laissent percevoir des deux côtés.

D'après cet examen, on pense tout d'abord à une tumeur du ligament rond : on avait aussi pensé à une hématométrie dans une corne rudimentaire à cause des douleurs menstruelles intenses, de la sensibilité et de l'augmentation de volume de cette tumeur, et aussi à cause de ce fait reconnu de la coïncidence fréquente d'une corne rudimentaire et d'une tumeur du ligament

rond (Hehrer), à cause de la possibilité d'un utérus malformé, on fit la cystoscopie qui montra les deux uretères normaux.

On intervient à cause des douleurs. On trouve un utérus bicorné avec corne rudimentaire hématométrique. Il y a coexistence d'un hématome dans l'ovaire gauche et dans le ligament rond droit. Enucléation de la tumeur sans ablation des annexes de ce côté. Réunion par pression. Guérison complète : à l'examen de la pièce, on voit que les deux cornes étaient réunies par un pédicule imperforé ; dans la corne rudimentaire existe une cavité qui a les dimensions d'un dé, pleine de sang noir et épais. Il s'agit donc d'un hématomètre minuscule.

(LÉOPOLD. — Ueber Blutansammlung in Verschlussenen utero-vaginal Kanale und die Salpingotomie. (*Arch. für Gynæk.*, 1889, Bd 34, p. 377.)

Femme de 26 ans, non mariée, réglée à quinze ans, d'abord irrégulièrement. Quatre ans après leur apparition, les règles deviennent douloureuses et durent de six à sept jours. Depuis plus de deux ans, douleurs plus violentes à l'époque des règles, irradiées, commençant avec l'écoulement, s'exagérant pendant et ne cessant qu'après. Trois ans auparavant, la malade avait été traitée pour une sténose du col utérin qui pouvait expliquer les douleurs. Le résultat fut une grossesse.

Après l'accouchement les règles deviennent de plus en plus douloureuses. Dans la région de l'ovaire droit et directement contre l'utérus, on sentait une tumeur de la grosseur d'une pomme qui pouvait être prise pour un fibrome sous-péritonéal ou une ovarite chronique. L'utérus mobilisable avec la tumeur.

À la laparotomie, on reconnaît un utérus bicorné avec corne droite rudimentaire, hématométrique, et reliée à la corne principale par un large pédicule. Au niveau de l'orifice interne, Léopold se borne à une laparotomie exploratrice, comptant pouvoir rétablir plus tard la perméabilité de la corne par le vagin.

Dès la période suivante, les douleurs reprirent, devinrent plus violentes, et l'observation clinique démontrant qu'à chaque période la corne droite grossissait et devenait sensible, on fit une

nouvelle intervention : castration bilatérale. Guérison complète en deux semaines sans fièvre.

ROSENTHAL. — Hæmatometra unilateralis in recteis Horn eines Uterus bicornis. (Central b. für Gynæk. 1899, p. 239.)

Il s'agit d'une hématométrie développée dans la corne droite d'un utérus bicorne. Hystérectomie abdominale sus-vaginale avec pistulisation de la poche cervicale par le vagin. Guérison.

IV. HÉMATOMÉTRIE DANS LES UTÉRUS BILOCAIRES

(HOMANS. — A case two borned uterus. The Lancet, 3 nov. 1883.)

Il s'agit dans cette observation, d'un utérus biloculaire dont la moitié gauche est distendue par un hématomètre (voir thèse Goullioud, p. 128.)

NICOLAISEN. — Hæmatometra bei Uterus septus (Schmidt's Jarbücher, 1874. Bd 164. p. 164.)

Jeune fille de 21 ans, réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans, toujours très irrégulièrement, peu abondamment et avec vives douleurs dans l'abdomen. Peu après l'établissement des règles, elle remarque l'existence dans le côté droit du bassin d'une tumeur qui depuis deux ans augmente plus rapidement.

La palpation montre dans la fosse iliaque gauche une tumeur allongée de 6 à 8 centimètres de hauteur, mobile, douloureuse à la pression. Plus à gauche se trouve une seconde tumeur arrondie, lisse, s'élevant à un travers de doigt au-dessus du pubis. Au toucher vaginal on reconnaît qu'elle emplit tout le petit bassin, est nettement fluctuante du volume d'une tête d'enfant et la connexion avec la première. On ne perçoit aucun vestige du col utérin.

Une ponction exploratrice ne donne aucun résultat. Quelques jours après mort par péritonite. A l'autopsie, on reconnaît que l'utérus est cloisonné ; sa moitié gauche en communication normale avec le vagin unique, sa moitié droite sans communication avec lui et avec rétention du sang menstruel. Pendant la vie, on avait hésité entre une hématocele rétro-utérine, une cellulite pelvienne, un fibrome utérin, une tumeur ovarique.

(WERTH. — Ueber Hæmatometra in der verschlossenen unvollkommen entinckelten Hælfte eines uterus bicornis. *Archiv. für Gynæk.* Bd XLVIII, 1895, p. 422).

Il s'agit dans cette observation d'une hématométrie développée dans la moitié droite rudimentaire d'un utérus biloculaire.

Jeune fille 21 ans, toujours bien réglée jusqu'alors assez abondamment ; ses règles duraient huit jours et étaient accompagnées, dès le début, de douleurs irradiées vers les fesses et le sacrum, douleurs qui apparaissaient un peu avant les règles et se prolongeaient quelques jours après. Depuis le mois de janvier précédent, crises douloureuses se localisant surtout dans le flanc gauche et s'irradiant vers la cuisse, augmentant, après une fatigue pendant la nuit et beaucoup plus violentes que les douleurs dysménorrhéiques habituelles. Elles apparaissent parfois pendant les périodes menstruelles, mais, le plus souvent indépendamment de celles-ci, et devinrent si fréquentes que la malade n'avait plus guère que trois jours de répit par mois. Mictions très fréquentes, mais pas de dysurie.

A son entrée à la clinique, l'état général est bon. Sous le chloroforme, on constate par le toucher vaginal un col de forme normal, de volume moyen, situé à gauche. L'orifice est ovale, petit ; le cul-de-sac latéral droit élargi, celui de gauche plus étroit ; le segment inférieur est de longueur et de largeur normales ; le corps, un peu augmenté de volume, est en antéversion. Sa moitié droite est normale ; sa moitié gauche, occupée par une tumeur dure, ovoïde, qui s'étend en hauteur au fond de l'organe à l'isthme, est peu étendue en largeur, faisant un avec le corps

utérin. Induration légère du paramètre gauche ; les culs-de-sac sont libres. Ovaires et trompes d'apparence normale et en situation normale

A l'examen au spéculum, peu de mucus clair à l'orifice externe. Aucune modification de la muqueuse. Sur le vagin un peu de rougeur diffuse. La sonde utérine pénètre à 7 centimètres. Son extrémité s'incline vers le côté droit et ne peut s'incliner vers la gauche en raison de la tumeur. Le palper combiné laisse quelques doutes sur la connexion de la tumeur avec l'utérus, mais par le toucher rectal on acquiert la certitude qu'il s'agit d'une tumeur incluse dans l'épaisseur même de l'utérus. On porte le *diagnostic de rétention dans un utérus double*, sans l'affirmer toutefois.

A la laparotomie, Werth trouve un utérus qui semble de forme normale, mais élargi en son corps. Le fond est régulièrement arrondi. Le nodule dur siège dans l'épaisseur de la moitié gauche de l'utérus, mais sans en modifier la surface. Aucune altération des trompes, ni des ovaires ; une petite incision longitudinale faite dans la paroi antérieure de l'utérus traverse d'abord une épaisseur de 5 millimètres de tissu utérin normal, rencontre ensuite un tissu fibreux dense, puis ouvre une petite cavité remplie d'une demi-cuillerée de sang noir, couleur chocolat.

Par une excision cunéiforme, on extirpe la tumeur en plein tissu utérin et on réunit la perte de substance par deux plans de sutures très serrées. Réunion du péritoine par-dessus.

La cavité interne droite n'a pas été ouverte.

Après l'extirpation de la petite tumeur, l'utérus apparaît avec sa forme et ses dimensions normales. On laisse en place trompes et ovaires qui ne sont pas altérés et on ferme le ventre.

Les suites opératoires furent simples.

La petite tumeur excisée mesure 21 millimètres de long sur 20 millimètres de large. Elle renferme une cavité du volume d'une cerise environ, ouverte en arrière, dont les parois sont constituées par du tissu utérin et qui est tapissée d'une muqueuse présentant tous les caractères de la muqueuse utérine. Le

nodule enlevé était enclavé dans la moitié gauche du corps de l'utérus dont la cavité ne fut point ouverte ; la cavité de la petite tumeur ne communiquait donc pas avec cette dernière.

GOULLIoud. — Petite corne rudimentaire non perceptible au toucher.
Lyon Chirurgical (juin 1912).

Femme cultivatrice, âgée de trente-huit ans, mariée, et avait eu quatre accouchements à terme et une fausse couche entre le troisième et le quatrième accouchement.

Elle m'était adressée pour des douleurs très pénibles revenant à chaque époque menstruelle et que l'on avait attribuées à l'ovaire. Ces douleurs avaient paru vers l'âge de seize ans, deux ou trois ans après l'apparition des règles ; elles s'étaient atténuées un mois ou deux après chaque enfant et avaient pris une acuité telle, que le médecin traitant avait confié une seringue de Pravaz au mari pour qu'il fit à sa femme à chaque époque mens-

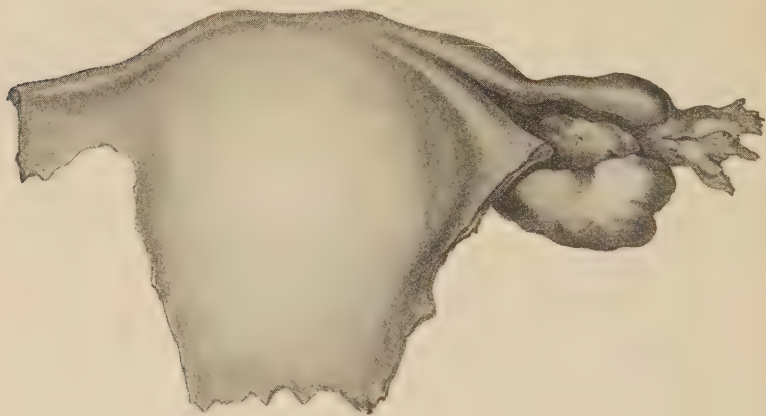


FIG. 5. — Corne rudimentaire hématométriée (GOULLIoud).

truelle une ou deux injections de morphine. Les règles apparaissaient d'abord, puis la douleur survenait le troisième ou quatrième jour, pour cesser avant la fin des règles.

Toujours cette douleur était à gauche : jamais la malade ne souffrait du côté droit. Les règles terminées la femme pouvait se livrer à un travail pénible sans fatigue.

L'intensité des douleurs était telle chez cette femme, qu'elle acceptait d'emblée, ainsi que son mari, l'idée d'une intervention. Or, à l'examen local, on trouvait une rétroversion incomplète, mais nulle part on ne sentait aucune tuméfaction anormale sur le côté de l'utérus. Cependant, soupçonnant fort quelque hématométrie minuscule sous un rudiment d'utérus double, je ne refusai pas l'opération désirée.

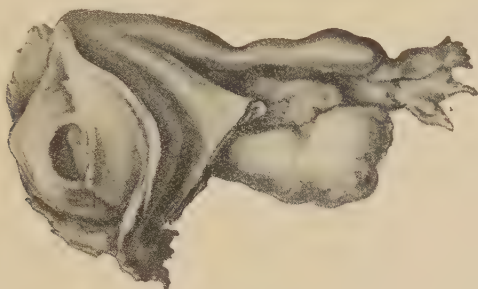


FIG. 6. — Cavité de la corne rudimentaire (GOLLIOT).

Laparotomie. — J'eus un instant de déception en ne voyant rien d'anormal à l'examen de l'utérus et des annexes gauches. Cependant la trompe gauche, le ligament de l'ovaire et le ligament rond étaient le siège d'une sorte de dépoli avec piqueté vasculaire et apparence d'une légère sclérose inflammatoire. Je décidai de les enlever.

Ce n'est que pendant leur ablation que je sentis un épaississement du bord gauche de l'utérus, dissimulé d'abord par les ailerons du ligament large. Cet épaississement, à peine d'une amande fraîche, pouvait être un petit fibrome ou la corne utérine rudimentaire que je recherchais. J'en fis l'énucléation après ligature des vaisseaux utéro-ovariens et de l'utérine gauche. Puis je fermai la brèche comme s'il se fût agi d'une myoérectomie ; ventrofixation isthmique.

L'épaississement réséqué montra à la coupe une petite cavité du volume d'un gros pois, tapissée d'une muqueuse, remplie d'un sang noir et épais. Les annexes gauches enlevées ne présentaient que les petites lésions superficielles déjà signalées. La trompe aboutissait à la cavité utérine principale, ce pourquoi elle n'était pas le siège d'un hématosalpinx.

CONCLUSIONS

I. — Dans les malformations utérines, il existe des cas où la rétention sanguine est limitée à la cavité utérine, les trompes, ni le vagin n'étant pas dilatés par le sang menstruel ; on les désigne sous le nom d'hématométrie latérale simple.

II. — Cette hématométrie peut se développer non seulement dans une corne utérine bien conformée, mais encore dans une corne rudimentaire :

Dans le premier cas, on constatera une tumeur, de volume appréciable : si la rétention est cantonnée au col, il s'agit d'un hématomètre cervical ; il y aura, hématomètre total, si corps et col participent à la dilatation.

Dans le second cas, la tumeur est souvent de petites dimensions, et n'est quelquefois reconnue qu'à l'intervention : il s'agit d'hématométrie latérale minuscule. La corne rudimentaire peut revêtir trois aspects suivant qu'elle est pédiculée, sessile ou incluse dans l'épaisseur du muscle utérin.

III. — Cliniquement, trois grands symptômes caractérisent l'hématométrie latérale :

a) *Des troubles menstruels divers.*

b) *Des phénomènes de dysménorrhée* : ces douleurs, liées à la rétention sanguine, ont pour caractère particulier de n'apparaître qu'après le début de l'époque menstruelle et d'être unilatérales.

Une dysménorrhée extrêmement pénible constitue souvent le seul signe de l'hématométrie minuscule.

c) *Une tumeur juxta-utérine*, revêtant les aspects d'une tumeur incluse dans le ligament large, au niveau de laquelle on peut sentir une ou plusieurs contractions : ce dernier caractère, que nous n'avons vu signalé nulle part, est de la plus grande importance et doit être recherché très attentivement.

IV.— Pour le diagnostic, nous considérons les deux éventualités suivantes :

a) *Les phénomènes douloureux sont prédominants* : il faudra différencier les douleurs liées à l'hématométrie (le plus souvent minuscule), de celles dues à une dysménorrhée ovarienne utérine par flexion de l'organe ou par sténose du canal cervico-utérin.

b) *Il existe une tumeur* : si l'on a constaté des contractions, il faudra envisager la possibilité d'une grossesse (avant l'apparition des bruits du cœur fœtal) dans une corne accessoire, ou à une grossesse ectopique.

Si l'on n'a pas eu de contractions, la consistance variable de la poche, liquide ou solide, guidera dans l'étude du diagnostic.

V.— Supprimer la poche, cause de douleurs et de troubles génitaux, tout en conservant à la femme sa fonction sexuelle, tel est le but du traitement.

L'hémihystérectomie est l'opération de choix.

L'hystérectomie totale avec conservation d'un ovaire ou d'un fragment de glande, est l'intervention à laquelle les nécessités opératoires conduiront souvent.

La marsupialisation de la poche ou la castration bilatérale restent des interventions de nécessité et d'urgence.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 mai 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM. — Ueber Missbildung der inneren Weiblichen Genitalien, *Monatschrift f. Geburtsch. u. Gynæk.*, Bd V 1897.
- ALBRECHT. — Ein Fall von uterus Duplex, *Centralb. für Gynæk.*, 1892.
- ATTINS. — Hæmatometra in der Rechten uterus duplex separatus, *Centralb. f. Gynæk.*, 1894, 21.
- ANDRIEUX. — *Annales d'Obstétrique*, 1843, p. 415.
- BANDL. — Einzeige Hæmatometra bei zweigetheilten utero-vaginalkanäle, *Archiv. für Gynæk.*, 1871, p. 246.
- BAKUNIN. — Unilateral hæmatometra following bifurcation of the vaginal canal, *Chirurgia*, Moscou, 1909, XXV, 466-468.
- BÉANE. — Contribution à l'étude des malformations genitales de la femme et particulièrement de l'utérus et du vagin double, thèse de Paris, 1903-1904.
- BERLIN E. — A case of uterus bicornis duplex; atresia of the right cervical canal and retention cyst., *Ann. Gynec. and. Pediat.*, Philadelphie, 1891.
- BILHAUT. — Un cas d'utérus double avec hémorragies alternantes, *Ann. de Chir. et d'Orthop.*, Paris, 1903, 129-132.
- BLANC. — Hématomètre unilatéral dans un utérus bipartitus, *Loire Médicale*, 15 janvier 1895, p. 1.
- BLANC et BARJOUX. — Hématométrie dans un utérus didelphe, Société Médicale de Saint-Etienne, 1911.
- BULLER. — Hæmatometra lateralis; repeated laparotomy, formation of fistula between uterus and abdominal tegument, *J. akush. i. jensk. Coliez*, St-Petersbourg, 1889.

- BIDDER. — Hæmatometra lateralis; wiederholte Laparotomie; Etablierung ernere uterus, Bauchdecken, Fistel, *Peterbs. Med. Woch.*, 1888.
- BOUSQUET. — Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe, thèse de Montpellier, 1901-1902.
- BOLE. — Ueber hæmatometra in rudimentaren Horne eines uerus bicornis unicollis, *Monat. a. d. gyn. klin. v. O. Engström*, Berlin, 1901, 225-246.
- BOUMANN. — Contribution à l'étude des gynatrésies, Inaugural dissertat., Amsterdam, 1902.
- BROOKS. — Note clinique sur le développement des utérus et des vagins doubles, *Am. J. of Obst.*, mars 1900.
- BROUHER. — Contribution à l'étude des malformations doubles de l'utérus, *Scalpel*, Liège, 1910-11.
- BROTHERS. — Uterus unicornis (right); rudimentary corn (left), *Am. J. Obst.*, New-York, 1910.
- CALEMANN. — Ueber einen Fall von Hæmatometra in rudimentaren Horn, *Proger Med. Wochenschrift*, 1896.
- CALDERINI. — Due casi di utero bicorni con ematometra unilaterale, *Policlin.*, Roma, 1894.
- CERNÉ. — Utérus double unicervical; hématométrie à droite; hystérectomie droite, *Revue méd. de Normandie*, Rouen, 1904.
- COHN. — La grossesse de l'utérus bicorni unicervical, *Revue de Gynécologie*, 1909.
- CULLINGWORTH. — On retention of menstrual fluid in case of bicorni uterus from unilateral atresia of uterus or vaginal, *American Journ. of Obst.*, juin 1893.
- DAFFIX. — Contribution à l'histoire clinique de l'utérus didelphe, thèse Toulouse, 1898-1899.
- DÉCÈS. — Utérus et vagin doubles; arrêt de la menstruation, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1854.
- DELAGÉNIÈRE. — Malformations utéro-vaginales, V^e Congrès français de chirurgie.
- DELIANO. — Contribution à l'étude des différentes malformations utérines, thèse Paris, 1898-1899.

- DUJON. — Utérus double avec hématométrie unilatérale, *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1907.
- EBERLIN. — Zur diagnose der Hœmatometra bei Fibromyoma uteri bicornis und atresia vaginæ, *Zeitschrift f. Geburtsh u. Gynæk.*, Bd XXXI, 1895.
- ELISCHER. — Uterus duplex ac hœmatômetra in cornu rudimentario dextro, *Pest. Med. Chir. Preise*, Budapest, 1908.
- ESQUERDO. — Utero doble con una sola vagina; menstruation regular; hœmatometra, *Gaz. Med. Catalana*, Barcelona, 1897.
- FAGET. — Les atrésies utéro-vaginales, thèse de Toulouse, 1902.
- FRÆNKEL. — *Breslauer zur Gebertsh. und Gynæk*, 1887, IX, n° 7, p. 74.
- FRFUNDENBERG. — Zur Fall von Uterus didelphys mit rechtzeitiger Hœmatometra, *Zeitschrift f. Geb. und Ginæk.*, 1880, Bd V, p. 334.
- FREUND. — Beitræge zur Pathologie des doppelten genitalkanals, *Zeitschrift f. Gobürts.*, Bd XXX, 1867.
- FURST. — Ueber die Bildungshemmungen des Uterovalginalkanals, *Monatschrift f. Geburts*, Bd XXX, 1867.
- FORSNER. — Fall of uterus didelphys med graviditet a ena sidan als en stor hœmatocervix a den andra, *Hygeia*, Stockholm, 1910.
- GALABIN. — Hœmatometra lateralis bei doppelten Uterus, *Schmidt's Jahrbücher*, Bd 200, 1883.
- GARDNER. — Double uterus with atresia and hœmatometra of the left chamber, *Canada Med. and Surg. Journal*, Montréal, 1885.
- GERHARDT. — Pathologisch Anatomie dei weiblichen Sexualorgane, 1899.
- GOULLIoud. — Hématométrie unilatérale minuscule, *Lyon Méd.*, 1903.
- Hématométries minuscules d'origine congénitale, XXII^e Congrès de chirurgie, Paris, 1909.
- Menstruation et aménorrhée douloureuses par malformation, *Lyon Chirurgical*, 1909-1910, II, pp. 229-237.

- Petite corne utérine rudimentaire non perceptible au toucher, *Lyön Chirurgical*, juin 1912, p. 695.
- GOULLIQUET P.-É. — Du traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie, thèse de Lyon, 1911-1912, 204 pages.
- GROSS. — Hématométrie et hémato-colpos dans les cas de duplicité de canal génital, thèse de Nancy, 1899-1900, n° 41.
- Six nouvelles observations d'hématométrie latérale dans les utérus doubles, *Ann. de Gynéc. et d'Obstétr.*, Paris, 1904.
- GUERDJIKOFF et JENTZKE. — Utérus didelphes; deux utérus complètement indépendants avec hématométrie latérale, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, Genève, 1907.
- GRONOWSKY. — Inaugural dissertation, Munich, 1908.
- HALBON. — Zur therapie der Gynatresien, *Zeitschrift für Geburt. und Gynæk.*, 1903, p. 27.
- HALL. — Double uterus with congenital closure of one cervix; uterus distended with menstrual fluid, *Cincinnati Lancet Clin.*, 1899.
- HAULTAIN. — Hématométrie dans la corne droite d'un utérus bicorné; laparotomie; guérison, *British Med. Journ.*, 1900.
- HÉGAR. — Die Hœmatometra in den Rudimentaren Horn des Uterus unicornis, Berlin, 1874.
- HOFMEIER. — Ueber angeborene und erorbene Verschlüsse der weiblichen Genitalien und deren Behandlung, *Zeitschrift f. Geb. und Gynæk.*, 52, 1904.
- HOLST. — Beiträge zur Gynæk. u. Geburtskund, 1865.
- HOMONS. — A case of two homed uterus, *The Lancet*, 1883.
- JACQUET. — Ueber Hœmatometra bei uterus duplex, *Zeitschrift f. Geburts. u. Frauenkrankheiten*, Bd I, 1876, p. 130.
- KEHRER. — Das Nebenhorn des doppelten uterus, Inaugural dissertat., Heidelberg, 1899.
- KIRJAC. — Un cas d'utérus double; laparotomie, *Gynæk. Revue Roumaine*, 1905.

- KLEIN. — Weiteren Fall von Hæmatometra in atretische Nebenhom eines uterus unicornis, *Norddeutsche Gesellschaft f. Gynæk*, mars 1912.
- KÜSTNER. — Wagner, Inaugural dissertation, Breslau, 1896.
- LAMBRET. — Malformation utérine prise pour une annexite, *Bull. Méd.*, 9 février 1898.
- LAMOND-LAKIE. — Rétention du sang menstruel dans une moitié d'utérus double, *British Med. Journal*, 23 janvier 1897.
- LEFORT. — Des vices de conformations de l'utérus et du vagin, thèse d'agrégation, Paris, 1864.
- LANGES. — Hæmatometra einer atretischen Uterushälfte bei einen jährigen normal menstruation madehen, *München Med.*, 1912.
- LÉOPOLD. — Ueber Blutansammlung in verschlossenen Uterovaginalkanal und die Salpingotomie, *Arch. f. Gynæk.*, 1899, p. 377.
- LE ROUZIC. — Hématométrie unilatérale dans un utérus bicorne avec un vagin simple, thèse Paris, 1901-1902.
- MANOLESCU. — Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme, thèse Paris, 1898.
- MARVEL. — Uterus didelphys; left hæmatometra, *Ann. Gynæc. and Pediat.*, Boston, 1903.
- MACLEAM. — Dysmenorrhea; Hæmatometra of one horn of uterus bicornis, *J. Obst. and Gynæc. British Emp.*, London, 1911.
- MAC GREGOR. — Three cases of double uterus, with a table of one hundred collected cases, *Glasgow Med. Journ.*, 1906.
- MEYER. — Inaugural dissertation, Zurich, 1883.
- MORESTIN. — Sur les grossesses dans les utérus doubles, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, Paris, 1910.
- MURET. — Diagnostic différentiel de la grossesse utérine, de la grossesse ectopique et de quelques tumeurs abdominales, *Revue de Gynécologie*, 1896.
- NEUGEBAUER. — Einseitige Hæmatometra bei zweigetheilten Uterovaginalkanal, *Arch. für Gynæk*, Bd II, 1871.

- NITOT. — Un cas d'utérus bifide atteint de métrite simulant une tumeur salpingienne juxta-utérine, *Bull et Mém. de la Soc. Obst. de Paris*, 1891.
- OMERÉDANNE et MARTIN. — Les utérus doubles, *Revue de Gynéc. et de Chir. abdom.*, 1891.
- OPITZ. — Uterus duplex mit Hæmatometra, *Verhandl. d. Deutsch. Gessellsch. f. Gynæk.*, Leipzig, 1906.
- PEHAM. — Fall von verkunmerung der inneren Genitalien, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1906.
- PIQUAUD. — Les utérus doubles, anatomie et développement, *Revue de Gynécol.*, 1910.
- PFANNENSTIEL. — Eine neue plastische operation bei umfangreichen atresien, *Beiträge zur Geburt. Gynæk.*, 1906.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PUECH. — Des atrésies complexes des voies génitales de la femme ou de l'hématométrie unilatérale, *Annales de Gynécol.*, 1875.
- QUÉNU et LE SOURD. — Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants, *Revue de Chirurgie*, Paris, 1906.
- RHODES. — Malformation of female genitals, *J. Am. Med. Ass.*, Chicago, 1912.
- ROCHET. — Recherches sur la duplicité de l'utérus, thèse de Lyon, 1880.
- ROUFFART et DELPORTE. — Etude d'une série de malformations congénitales des organes génitaux de la femme, *Journal de Chirurgie et Ann. Soc. Belge de Chir.*, Bruxelles, 1910.
- ROSENTHAL. — Hæmatometra unilateralis in rechten horn einen uterus bicornis, *Central. f. Gynæk.*, 1899.
- SAENGER. — *Centralb. für Gynæk.*, 1896, pp. 19 et 54.
- SIEBER. — Ein Fall von Hæmatometra in Neberhom eines uterus bicornis, *Deutsche Med. Woch.*, Leipzig, u. Berlin, 1911.
- SIEDHOFF. — UeUer einen Fall von Hæmatometra in Verschlorsenen hebenhorne eines Uterus bicornis-unicollis, Marburg, 1906, 30 p., 1 pl.

- SÉCHEYRON. — Du cloisonnement pelvien antéro-postérieur ; ses rapports avec les malformations utérines, *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1885.
- SCHROEDER. — Handbuch der krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, traduction française, 1884 et 1893.
- SCHUHL. — Utérus et vagin doubles, *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1894.
- TAIT L. — Double uterus : pregnancy in the left half, hæmatometra in the right, *Brit. Gynæc. J.*, London, 1885, 167-169.
- THOURAS. — Successful laparotomy for a tumor formed by the retention of menstrual fluid in one horn of a double uterus, *N.-York Med. Journ.*, 1882.
- THIBAUD. — Etude sur les malformations utérines au point de vue clinique, thèse Paris, 1892-1893, n° 265.
- TOURVEUX et LEGAY. — Développement de l'utérus et du vagin, *Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, Paris, 1884.
- VINEBERG. — Utérus didelphe avec énorme hématométrie dans la corne droite simulant un fibrome du col, *Centralb. für. Gynæk.*, 1909.
- WAGNER. — Ein Beitrag zur Therapie der Hæmatometra mit besonderer Berücksichtigung der unilateralen Form. Inaug. dissert., Breslau, 1896.
- VIVANTI. — Contributo clinico all' studio del utero bicorni, *Gynecologia*, Firenze, 1908.
- WERTH. — Ueber Hæmatometra in der verschlossenen unvollkommen entwickelten Hälfte eines uterus bilocularis, *Arch. Gynæk.*, 1895, p. 422.
- WILSON. — Uterus bicornis duplex, with unilateral hæmatometra, *Pr. Roy. Soc. Med.*, London, 1907-1908.
- WINCKEL. — Ueber die Eintheilung, Entstehung, und Benennung der Bildungseimmungen der weiblichen Sexuelorgane, 1899.
- ZILLIENSEN. — Hæmatometra mit verschlossenen rudimentar Horn eines uterus bilocularis, Inaug. dissert., Léna, 1899.

24791. — IMP. RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS, LYON
